FACULTE DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1930 N° 36

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

KNECHT Henri
né à MULHOUSE (Haut-Rhin) le 3 février 1904

Contribution à l'étude de la myomectomie en dehors et au cours de la grossesse

Président: M. REEB, Professeur

Librairie Universitaire d'Alsace
1, Place de l'Université — STRASBOURG
1930

FACULTE DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1930 N° 36

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

KNECHT Henri
né à MULHOUSE (Haut-Rhin) le 3 février 1904

Contribution à l'étude de la myomectomie en dehors et au cours de la grossesse

Président: M. REEB, Professeur

Librairie Universitaire d'Alsace
1, Place de l'Université - STRASBOURG
1930

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. ANCEL ✲ ⸙ I.
Assesseur ..... MERKLEN ✲ ⸙ I.

Professeurs

Embryologie	MM. ANCEL ✲ ⸙ I.
Anatomie	FORSTER ✲ ⸙ I.
Histologie	BOUIN O. ✲ ⸙ I.
Physiologie	SCHAEFFER ⸙ I.
Physique biologique	VLES ✲ ⸙ A.
Chimie biologique	NICLOUX ✲ ⸙ I.
Antatomie pathologique ..	MASSON ✲ ⸙ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	AMBARD ✲ ⸙ I.
Hygiène, Bactériologie ...	BORREL C. ✲ ⸙ A.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✲ ⸙ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✲ ⸙ I. / N. . . . .
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✲ ⸙ I. / STOLZ ✲ ⸙ I.
Clinique ophtalmologique .	WEILL ⸙ I.
Clinique dermatologique .	PAUTRIER O. ✲ ⸙ I.
Clinique psychiatrique ...	PFERSDORFF ✲ ⸙ I.
Clinique neurologique	BARRÉ ✲ ⸙ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ⸙ A.
Clinique infantile	ROHMER ✲ ⸙ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CANUYT ⸙ A.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ⸙ A.
BELLOCQ ⸙ I.
MM. FONTÈS ⸙ A.
GÉRY ⸙ A.
SCHWARTZ ⸙ A.

Chargé de cours et Agrégés:

MM. BLUM (Paul) ✲ ⸙ I.
GELMA ⸙ A.
GUNSETT ✲ ⸙ A.
HANNS ✲ ⸙ A.
HUMBERT ✲ ⸙ A.
MM. KELLER ⸙ A.
LAROUSSE
SIMON ✲
VAUCHER ⸙ A.
WEISS A.

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A ma mère et à mon père

Faible témoignage de reconnaissance et d'affection filiale pour leur infini dévouement.

A ma sœur et à mon frère

A tous les miens et à mes amis

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR REEB

Directeur de la Clinique d'Accouchements
et de Gynécologie de la Faculté de médecine de Strasbourg

qui nous a inspiré le sujet de notre travail. Qu'il veuille bien nous permettre de lui adresser tous nos remerciements et la bienveillance qu'il nous a témoignée au cours de nos études, et du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre Thèse.

Nous l'assurons de notre respectueux dévouement et de notre profonde gratitude..

A mes Juges

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Strasbourg

A mon maître

Monsieur le Docteur PAUL BAUR

Chirurgien-Chef de la Clinique des Assurances Sociales de STRASBOURG

PLAN.

Introduction.

Ière PARTIE.

I. *La myomectomie en dehors de la grossesse*

Definition

Avantages de la Méthode conservatrice :

1) Conservation de la Menstruation,
2) Conservation des fonctious de reproduction.

Indications

1) Fréquence de la Myomectomie,
2) Age de la malade,
3) Conditions anatomiques.

Contre-Indications

Technique opératoire

1) Myomectomie abdominale
2) Myomectomie vaginale

Résultats

1) Résultats immédiats,
2) Résultats éloignés.

Résumé.

Observations.

2ième PARTIE.

II. *La Myomectomie au cours de la grossesse.*

Introduction

A - La Myomectomie pendant la grossesse

Indications.

1) Indications opératoires générales,
2) Indications de la Myomectomie.

Contre-Indications.

Période à laquelle on doit faire la Myomectomie.

Résultats.

1) Mortalité,
2) Continuation de la Grossesse

B La Myomectomie pendant le travail :

Indications :

1) Indications opératoires générales
2) Indications de la Myomectomie

Resultats

Technique opératoire

1) Pendant la grossesse
2) Pendant le travail

C - La Myomectomie pendant les suites de couches

Indications

Résumé

Conclusions

Bibliographie

Contribution à l'étude de la myomectomie en dehors et au cours de la grossesse

INTRODUCTION.

La Myomectomie, telle que nous la définirons plus loin, s'approche de l'idéal formulé par *Martin* en ces termes : «N'enlever que la néo-formation et conserver autant qu'il est possible des organes à capacité fonctionnelle». S'il est un organe dont les fonctions sont d'une importance capitale pour le bon équilibre physique et moral d'une femme, pour sa santé, en un mot, c'est bien l'utérus. C'est la considération de ce fait qui a poussé les auteurs à rechercher depuis de longues années déjà la chirurgie conservatrice du fibrome.

Déjà en 1899 Hector *Treub* a pu dire au Congrès Gynécologique International à Amsterdam : «Je crois que c'est dans la direction de la myomectomie, plus que dans celle de l'opération radicale, que l'on devra chercher le progrès.»

La vaste littérature qui a paru, surtout dans les dernières années, sur ce sujet, nous prouve l'intérêt considérable qui lui est porté par tous les auteurs de tous les pays.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter dans le présent travail quelque chose de nouveau en ce qui concerne la question de la myomectomie. Notre but a été de rassembler dans une vue d'ensemble les principales ac-

quisitions qui ont été faites au cours de ces dernières années dans le domaine de la Chirurgie conservatrice du fibrome, en nous basant particulièrement sur l'enseignement qui nous est fait par nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

A ce propos, tous nos remerciements vont à M. le Professeur *Reeb,* qui avec beaucoup de bienveillance, et sans se lasser, a guidé nos recherches et nous a fait profiter de son expérience, ainsi qu'à M. le Docteur *Keller,* directeur de l'Ecole départementale des sages-femmes, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg, qui a bien voulu mettre aussi à notre disposition le matériel de son Service.

Nous donnerons les indications et les contre-indications de la myomectomie telles qu'elles découlent des nombreuses observations que nous avons pu trouver, soit dans la littérature, soit à la Clinique d'Accouchements et de Gynécologie, soit à la Maternité (Ecole des Sages-femmes) de Strasbourg. Enfin les résultats, tant immédiats qu'éloignés, de cette opération ont été réunis dans les statistiques que nous n'avons pu mieux faire que de reproduire. On pourra ainsi mieux se rendre compte de ce qu'on peut espérer de la méthode conservatrice dans la chirurgie du fibrome, quels en sont les ennuis et les dangers.

Avec intention, nous nous sommes étendus sur les avantages considérables que présente l'énucléation dans le traitement du fibrome : opération essentiellement conservatrice, elle préserve la femme de toute mutilation anatomique et fonctionnelle, ainsi que des suites, non seulement désagréables, mais souvent funestes, de l'opération radicale. Nous avons parlé longuement des troubles de

la ménopause artificielle pour faire voir l'importance qu'il y a à conserver à la femme une vie physiologique normale qui est conditionnée essentiellement par la persistance de la fonction menstruelle. Comme l'a dit *Labey* «la secrétion interne des ovaires ne suffit pas. Il faut conserver l'utérus. La castration utéro-ovarienne est toujours un désastre pour la femme ; pour le chirurgien c'est une défaite».

Dans la 2e Partie de ce Travail nous étudions la Myomectomie par rapport à la grossesse. Avec des observations à l'appui nous nous sommes proposés de montrer les avantages de cette opération, tant pour la mère que pour l'enfant, ainsi que ses indications et ses résultats.

Que ce court aperçu sur la question de la Myomectomie fasse mieux connaître cette opération, excellente à bien des points de vue, et notre but sera atteint. Car, comme le dit *Témoin* qui, le premier en France, a imaginé l'énucléation du fibrome en 1890, la myomectomie n'est pas employée aussi souvent qu'elle devrait l'être. «Cette méthode qui a donné entre les mains de tous les chirurgiens d'excellents résultats mérite qu'on y pense davantage et que, toutes les fois qu'elle est réalisable, on la préfère aux autres».

PREMIERE PARTIE.

La Myomectomie en dehors de la grossesse.

I. —*La Myomectomie en dehors de la grossesse.*

Définition.

Le traitement opératoire conservateur du fibrome utérin comprend :

L'ablation de myomes sous-séreux et sous-muqueux, en outre l'énucléation, respectivement l'excision et la résection de myomes intra-muraux. Sous le terme de «myomectomie» nous n'entendrons cependant pas l'ablation de myomes pédiculés, tels que les polypes fibreux faisant saillie dans la cavité utérine, et les myomes sous-séreux pédiculés, libres dans la cavité abdominale. Comme l'a dit M. le Professeur *Reeb* au dernier Congrès gynécologique de Bruxelles, «il faut entendre par myomectomie l'énucléation d'un ou de plusieurs fibromes largement sessiles ou tout à fait inclus dans le myomètre; l'ablation de noyaux sous-séreux de petite taille, ou même plus grands, à pédicule bien formé, est une opération très simple, qu'il ne faut pas comparer à l'énucléation proprement dite. Et c'est une discrimination qu'il faudrait faire sans les statistiques, lorsqu'on considère les résultats opératoires».

La tendance de plus en plus grande aux opérations conservatrices qui se manifeste en gynécologie est aisément compréhensible, lorsqu'on se représente les avantages que présente une pareille méthode.

Avantages de l'opération conservatrice.

Les avantages de la méthode conservatrice résident :
1) dans la conservation des fonctions de la menstruation ;
2) dans la conservation des fonctions de reproduction.

Ce sont là deux avantages énormes, d'où nous tirerons les indications générales de la myomectomie.

I. — *Conservation des fonctions de la menstruation.*

Alors qu'au début des interventions pour myomes on n'avait en vue que le résultat opératoire, on envisage aujourd'hui d'autres facteurs, tout aussi importants. Fasciné par la règlementation parfaite de la technique opératoire on était fier de pouvoir extirper de la façon la plus radicale de grandes tumeurs et des utérus hémorragiques, en partie avec, et en partie sans les annexes, et on était très content de pouvoir abaisser la mortalité et les complications des suites opératoires au minimum possible.

Encore jusque dans ces dernières années on se débattait sur la question, s'il vaut mieux, en cas de myome, laisser les ovaires ou les enlever avec la tumeur. C'était le grand problème discuté âprement à différents Congrès gynécologiques. Les opinions étaient partagées et on n'arrivait pas à une conclusion nette. Cependant, les auteurs *Zweifel* et *Veit* préconisaient déjà de ce temps là, en cas d'affections bénignes de l'utérus, la conservation d'au moins une petite partie de l'utérus avec de la muqueuse capable de menstruer. Mais en pratique on continuait à préférer, pour des raisons la plupart d'ordre technique, l'extirpation totale ou l'amputation su-

pra-vaginale de l'utérus, en se contentant de laisser les ovaires en vue de leur fonction endocrinienne.

Mais comme l'a montré à différentes reprises *Aschner* de Vienne, le point essentiel de la question est tout autre, c'est-à-dire c'est surtout la conservation d'un «flux menstruel» qu'il faut viser, alors qu'on n'avait pensé qu'à la secrétion interne des ovaires.

C'est aussi l'opinion de *Lecene* qui, lorsqu'il préconise l'hystérectomie fundique dans les fibromes du fond de l'utérus, s'attache à conserver la fonction menstruelle chez les femmes âgées de moins de 40 ans, dans tous les cas de fibromes du fond qui ne peuvent pas être traités par la myomectomie. «Si l'on ne conserve pas, — nous dit cet auteur, — en même temps qu'un ovaire ou un fragment d'ovaire, une quantité suffisante de la muqueuse du corps utérin, on n'observe pas de règles après l'opération, et l'on n'a en somme rendu aucun service à la malade». Dans le même ordre d'idées *Cuneo* s'exprime ainsi : «Je crois que la conservation des règles a un intérêt considérable. Jusqu'à ces derniers temps on a attaché surtout de l'importance à la conservation totale ou partielle du tissu ovarien. Or, rien ne démontre que ce soit là une bonne pratique, *en l'absence de flux menstruel*. Bien plus, chez plusieurs de mes opérées, chez lesquelles j'avais conservé un ovaire après une hystérectomie, j'ai constaté que les troubles étaient plutôt plus marqués que chez les malades entièrement castrées. Je pense donc que la conservation ovarienne doit être intimement liée à la conservation des règles».

Un autre stade dans l'évolution de la thérapeutique du myome, c'est le traitement par les rayons X. L'enthousiasme pour cette nouvelle méthode était au début

si grand, que toute une série de cliniciens ne voulaient plus rien savoir du traitement radiothérapique de ces tumeurs. Encore aujourd'hui beaucoup d'auteurs donnent la préférence à la radiothérapie, ou la mettent au moins sur le même niveau que le traitement chirurgical. Mais encose ici le but, qui est de conserver le plus longtemps possible une menstruation normale, nous fera prendre une décision nette dans la question «opération ou rayons» qu'on s'était longtemps posée. «Si on défend le point de vue que non seulement la secrétion interne des ovaires, mais une excrétion menstruelle normale et sans restrictions est absolument nécessaire à la santé de la femme jusqu'à la ménopause naturelle, alors la castration par les rayons perdra ses droits dans la plupart des cas et ne sera réservée qu'à des cas exceptionnels». (*Aschner*).

Dans les dernières années on a été rendu de plus en plus attentif à de nombreux cas, où des femmes, à un âge où elles sont encore capables de menstruer, et serait-ce même à l'approche de la ménopause naturelle, ont souffert de symptômes graves à la suite d'extirpation de l'utérus ou de castration par les rayons. Ces suites ne peuvent plus être regardées comme des phénomènes passagés, mais, la plupart du temps, comme une déchéance très pénible qui altère gravement la santé de ces malades.

Labey, dans son rapport au 33° Congrès Français de Chirurgie de 1924, distingue 3 ordres de phénomènes parmi ces troubles de la ménopause artificielle :

a) des troubles trophiques,

b) des troubles nerveux,

c) des phénomènes congestifs.

A. — *Troubles trophiques.*

Comme principal il cite l'obésité, que *Tuffier* a vu survenir chez 40% des opérées qu'il a pu suivre. Ensuite le rhumatisme chronique «qui serait l'effet du ralentissement de la nutrition produit par les modifications du métabolisme organique que provoque la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire.»

De même *Lecene* et *Leriche* ont vu survenir, après la castration, des dystrophies graves du côté du squelette et des articulations (fractures spontanées par ostéoporose, arthropathies du type arthrite chronique ou rhumatisme déformant).

B. — *Troubles nerveux.*

Ils sont multiples; vertiges, céphalées, insomnies, irritabilité du caractère, douleurs à localisations variables, mais fréquemment lombaires, avec fourmillements dans les membres inférieurs et endolorissement général.

D'autres fois surviennent des troubles gastro-intestinaux, avec symptômes d'hyperchlorhydrie, et surtout une constipation opiniâtre par altération du péristaltisme intestinal.

C. —*Phénomènes congestifs.*

Ce sont eux qui constituent pour les femmes la gêne la plus grande : bouffées de chaleur subites et sans cause, transpirations exagérées, poussées congestives diverses, à symptomatologie variable suivant leur localisation. Enfin, d'autres troubles d'hypertonie sympathique, parmi lesquels la tachycardie et surtout des hypertensions souvent très notables.

Pour *Labey* ces phénomènes congestifs et les troubles nerveux seraient dûs à la suppression du flux menstruel, alors que les troubles trophiques seuls seraient à mettre sur le compte de la suppression des ovaires. Cependant *Dalsace* (thèse de 1926) attribue les altérations du métabolisme général à la suppression des règles. Somme toute, comme le dit cet auteur, c'est de la fonction utéro-ovarienne et non de la fonction ovarienne seule ou de la fonction utérine seule, qu'il faut parler, lorsqu'on étudie ces troubles de la ménopause artificielle.

A côté de ces troubles généraux, il nous faut citer des troubles localisés à l'appareil génital de la femme. *Regasens,* de Madrid, en a fait une excellente étude, et il a pu constater le plus souvent une atrophie de la partie basse des organes génitaux. «Sans arriver à présenter le type de la Kraurose, on a remarqué un état de rétraction du vagin qui a, très souvent, converti ces femmes en dispareuniques ; dans les organes génitaux externes, c'est à peine si l'on observe quelques variations, mais l'introduction du spéculum de grandeur normale produit fréquemment de petites érosions sanglantes». (*Regasens*).

Que ces troubles de la ménopause artificielle après extirpation de l'utérus sont plus fréquents qu'on ne l'avait cru jusque dans ces dernières années, cela ressort des recherches qui ont été faites par différents auteurs dans les cliniques où ils disposaient d'un grand matériel.

Ainsi *Aschner* cite 104 cas qu'il a soigneusement observés. Dans tous ces cas, soit après amputation supra-vaginale, soit après extirpation totale, avec ou sans conservation des ovaires, ainsi qu'après traitement par les rayons X ou par le radium, non seulement sont apparu les troubles légers dont on parle le plus souvent,

mais des hypertensions dépassant souvent de beaucoup 200 mm Hg, des spasmes vasculaires, dilatation du cœur, dégénérescence du myocarde, battements de cœur, battements pénibles des carotides, des états goutteux, rhumatismaux et neuralgiques, des suffusions sanguines dans la peau et dans les muqueuses, des hémorragie de l'estomac et des poumons, des hémorragies oculaires amenant dans certains cas la cécité, et même des apoplexies pécoces entre la 40e et la 50e année; syndrôme de Menière, sans doute par hémorragie dans les canaux semi-circulaires, différentes névroses, maladies nerveuses, paralysie faciale, des psychoses graves, glaucome, cholélithiase, obésite, catarrhes muqueux et dermatoses telles que herpès zoster, erythème noueux, etc..

Cemach qui dans sa thèse a étudié 150 cas de fibromes utérins traités à la clinique gynécologique de Munich, a trouvé que dans 70% des hystérectomies les troubles de la ménopause artificielle sont survenus, et cela avec le même pourcentage pour les cas où les ovaires ont été enlevés avec l'utérus, Dans 28% des cas ces troubles ont diminué d'une façon considérable la capacité de travail des opérées. «Lorsqu'une institutrice me raconte, — nous dit-il dans son travail, — que 20 à 30 fois par jour elle baigne littéralement dans sa transpiration, qu'avec cela elle est prise de vertiges qui lui demandent tous les efforts pour pouvoir garder l'équilibre, et que le soir son sommeil est troublé par des céphalées et des bouffées de chaleur qui l'exténuent; lorsque chez une bonne surviennent des troubles mentaux qui nécessitent son internement à l'asile, alors on ne peut pas passer avec un haussement d'épaules à côté de la question des troubles de la ménopause artificielle».

Que les correlations entre ces phénomènes nous ont pendant longtemps échappé, cela s'explique par le fait que cette sorte de malades, après des mois et des années de souffrances, ne vont plus consulter le gynécologue avec leurs troubles d'ordre général, mais elles deviennent les clientes des internistes, des neurologues, des oculistes, etc.. Ceux-ci alors regardent l'état actuel de leurs malades, du point de vue de leur spécialité, et n'ajoutent pas à l'opération ou à la radiothérapie qui ont précédé cet état, une importance étiologique aussi grande et déterminante, que nous le démontrent les faits, que nous venons de citer.

La déduction qu'on peut faire de ces cas, où une ménopause prématurée par extirpation utérine ou castration par les rayons, a amené de véritables catastrophes, c'est que chez chaque femme, où il n'y a pas une indication directement vitale, on doit tâcher de conserver la menstruation aussi longtemps que possible, jusque dans l'âge le plus avancé avant la ménopause naturelle, et ne pas exposer la malade, pour une tumeur bénigne, telle que le myome, à des troubles comme nous venons de les mentionner.

Nous voulons bien admettre que ces troubles sont plus rares, ou en général moins accentués, que les deux auteurs que nous venons de citer, ont l'air de le dire. Il n'en est pas moins vrai qu'ils existent, et qu'il y a tout lieu de s'en préserver.

2. — *Conservation des fonctions de reproduction.*

En dehors de la conservation des fonctions de menstruation, la myomectomie conserve également les fonctions de reproduction.

C'est là un avantage pour l'espèce qui, au point de vue social et patriotique, mérite toute notre attention. Aussi *Gouilloud*, un des apôtres de la chirurgie conservatrice, a-t-il insisté à juste titre sur cet avantage de la méthode conservatrice, en faisant remarquer que la guerre a créé de nouvelles indications à la myomectomie.

C'est d'abord le besoin d'accroître la natalité, et, par conséquent, nécessité de ne pas diminuer la fécondité des femmes françaises par des opérations mutilantes, quand elles ne sont pas absolument nécessaires, et quand les opérations conservatrices sont possibles sans danger pour les opérées. De plus, ajoute *Guilloud*, beaucoup de femmes se marient à un âge plus avancé, à 30 ans ou au-delà, et «apportent en dot des fibromes utérins». Pourquoi enlever à ces femmes la possibilité d'être mères, ou ne pas chercher à faire disparaître, par l'ablation de leur fibrome, une stérilité dont il peut être la cause?

Les cas de grossesse après myomectomie sont assez fréquents, de sorte qu'on peut et qu'on doit en tenir compte. Le pourcentage de conceptions après myomectomie, indiqué par les différents auteurs, varie sur une assez grande échelle :

Gouilloud 27%
Nyström 33%
Schmid (Prague) 40%
Engström 6,5%
Zwibel 4%

«Mais si les petites séries indiquent un pourcentage de conception qui est aux environs de 20 pour atteindre parfois 35-40, les grandes séries portant sur plusieurs centaines de cas, n'attaignent pas ce pourcentage. Les

deux statistiques de Mayo, portant sur 529 cas, n'atteignent que le pourcentage de 13.

Sur une série de 2.143 opérations on trouve 224 grossesses. (Keller et Bohler).

Nous pouvons donc dire que la moyenne des grossesses, après myomectomie, est de 10% au minimum.

Les grandes différences de pourcentage qu'on note avec les différents auteurs pourraient s'expliquer par le fait, que ceux qui sont chauds partisans de l'énucléation, (qui sont aussi ceux qui indiquent les pourcentages les plus élevés), opèrent plus tôt que d'autres chirurgiens leurs malades atteintes de fibromes. Et plus l'opération est précoce, plus on est amené à enlever des myomes relativements petits, avec conservation de l'utérus et avec des chances d'une conception ultérieure. Si par contre l'énucléation est faite tardivement, sur des myomes multiples et gros, alors l'utérus qu'on conserve à la femme sera plus ou moins dilacéré, ce qui n'est pas favorable à une grossesse ultérieure.

La grossesse, après la myomectomie, se passe la plupart du temps tout à fait normalement.

Benoit *Gonin* a réuni 99 cas de femmes devenues enceintes après des myomectomies abdominales. La grossesse avait évolué en général sans incident grave : 125 grossesses ont donné 100 grossess à terme, 20 avortements et 5 accouchements prématurés.

Le nombre des avortements après la myomectomie n'est pas très élevé à en juger d'après les chiffres indiqués par les différents auteurs, et ne dépasse pas, en moyenne, le pourcentage des interruptions de grossesse en dehors de la myomectomie.

«La question de savoir si une myomectomie n'expose pas à l'avortement semble devoir être tranchée par la négative. Dans certains cas même, l'énucléation d'un fibrome chez une femme ayant présenté des avortements à répétition pourrait être considéré comme une bonne chose pour l'évolution normale d'une grossesse ultérieure» (*Brindeau*).

Quant à l'accouchement en lui-même, les auteurs qui ont spécialement étudié la question ne signalent aucune cause particulière de dystocie.

Gouilloud, en étudiant les complications obstétricales après la myomectomie, trouve :

Sur 100 grossesses à terme :

1 présentation de la face,
3 présentations du siège,
2 insertions vicieuses du placenta,
3 cas de rupture utérine.

«Ces 3 cas de rupture, avec 1 seul cas de mort, représentent la seule complication que l'on puisse considérer comme inhérente à l'intervention, et on ne doit pas oublier sa possibilité au cours des sutures utérines. Il faut donc les faires avec grand soin». (*Gouilloud*).

Dœderlein cite 1 cas de rupture utérine guéri par intervention, de même *Aubert* (Genève), qui est intervenu avec succès dans un cas de rupture utérine (6 mois après une énucléation pour fibrome interstitiel).

«En résumé, grossesse et accouchement semblent se passer normalement après myomectomie. Les quelques cas exceptionnels de rupture de la cicatrice ne doivent pas entrer en ligne de compte». (*Brindeau*).

Comme nous venons de le voir, les fonctions de reproduction sont donc parfaitement conservées, et sans

qu'on ait à redouter pour l'avenir obstétrical des femmes des difficultés particulières inhérentes à la myomectomie pratiquée sur elles.

Avant de clore ce chapitre, nous voulons encore rendre attentif au nombre de cas cités par les auteurs, où des femmes, jusqu'alors stériles, ont cessé de l'être du jour où elles ont été myomectomisées.

Par la myomectomie, nous ne conservons donc pas seulement les fonctions de reproduction, mais nous pouvons encore chercher à faire disparaître une stérilité dont le fibrome peut être la cause.

INDICATIONS.

Nous venons de voir les raisons sérieuses quil y a à conserver à la femme son appareil génital dans son intégrité. Nous lui évitons ainsi les troubles graves de la ménopause artificielle, nous lui laissons au moins 10% de chances de concevoir et de mener à terme des grossesses ultérieures, ce qui, pour beaucoup de femmes, constitue un bienfait inappréciable, sans négliger l'avantage que cela représente dans un pays, où la natalité dénote une baisse inquiétante.

C'est la considération de ces multiples avantages de la chirurgie conservatrice qui devra nous orienter vers la myomectomie, chaque fois que nous serons en présence d'un fibrome utérin nécessitant une opération. Dans l'exposé qui va suivre, nous ne mentionnerons plus les indications générales du traitement des fibromes, — elles ont été magistralement posées par Tixier dans son rapport au 33e Congrès Français de Chirurgie en 1924,

— nous ne parlerons que de la méthode opératoire, dans notre cas la méthode conservatrice, et seulement, lorsque la nécessité d'une intervention aura déjà été reconnue. La myomectomie pratiquée sans indication opératoire aucune, pour des myomes sans symptômes préjudiables, ne nous parait pas conciliable avec les idées de prophylaxie avec lesquelles certains auteurs font voir à leurs malades la nécessité de cette opération.

Cependant nous admettons que la myomectomie, vu qu'elle est conservatrice, soit envisagée plus tôt et avec moins d'hésitation que l'hystérectomie ; qu'elle soit pratiquée en face de symptômes tout simplement inquiétants et non encore alarmants. Cela permettra d'opérer dans de meilleures conditions.

Une autre exception à la règle de n'intervenir que lorsqu'il y a indication opératoire, sera fournie pour ceux des myomes qui nous paraissent être la cause d'une stérilité ou d'un avortement habituel. Dans ces cas, où la femme désire avoir des enfants, une intervention sous la forme de l'énucléation pourra et devra être envisagée, sans que d'autres symptômes viennent justifier l'ablation du myome.

Naturellement on ne pourra jamais affirmer à une femme avant l'opération qu'on se bornera à l'énucléation du myome, vu qu'au cours de l'intervention on pourra être forcé, pour des raisons que nous étudierons plus loin, à pratiquer l'hystérectomie. «En général on arrive, avant d'opérer, à avoir une présomption suffisante de la possibilité de la myomectomie ; on doit cependant prévenir la femme de la nécessité possible de recourir d'urgence à l'hystérectomie au cours de l'opération». (*Gouilloud*).

A ce propas, l'exposé qu'a fait M. Claude *Beclere* au Congrès gynécologique de Bruxelles (1929) de l'hystéro-salpingographie et de son intérêt dans les indications de la myomectomie, nous montre une méthode qui doit mériter toute notre attention. Par l'exploration radiologique de la cavité utérine on arriverait à avoir des précisions sur la situation et le nombre des noyaux fibreux. Que ces renseignements sont des plus importants pour la décision qu'on va prendre dans le choix de la méthode opératoire, cela se comprendra, lorsque nous parlerons des indications anatomiques de la myomectomie. Quant à la conclusion de Claude *Beclere,* lorsqu'il nous parle de l'exploration de la perméabilité tubaire et qu'il nous dit : «A quoi bon tenter une myomectomie, si les deux trompes sont irrémédiablement lésées par une infection salpingienne», nous nous permettrons de faire remarquer qu'il y a, en dehors de la conservation de la fonction de reproduction, un autre facteur qui devra toujours nous faire envisager la myomectomie ; c'est celui de la conservation de la menstruation.

Ce sont donc ces deux facteurs, facteur physiologique et facteur social, qui constituent les indications fondamentales de la myomectomie, et nous ne la rejetterons que lorsque les facteurs anatomiques qui viennent conditionner cette intervention conservatrice, nous auront permis de passer outre.

Malheureusement, en étudiant ces conditions anatomiques de la myomectomie, nous serons obligés de constater que l'opération de nécessité, qu'est l'hystérectomie, est beaucoup plus souvent indiquée que l'opération idéale, qu'est la myomectomie.

Les limites plus ou moins restreintes, dans lesquelles cette dernière sera réalisable, nous expliquent la fréquence relativement petite avec laquelle cette opération est pratiquée par les différents auteurs.

1) *Fréquence de la myomectomie.*

Elle est variable suivant les tendances des chirurgiens et aussi, chez un même chirurgien, suivant les époques. Alors que *Gouilloud* faisait 11% de myomectomies avant 1913, il note 16% dans la période de 1896 à 1922. *Tuffier* atteint le chiffre formidable de 85% (?). *Schmid* (Prague) indique 11% et von *Jascke* 8,6%. Les frères *Mayo* 18%, *Jayle* (Paris) 10% et J. L. *Faure* 3 à 4% vis-à-vis de 1,3% en1 924. R. *Crousse* (Bruxelles) 5%, M. L. *Aubert* (Genève) 7%. *Remmelts* d' Amsterdam, en étudiant les cas de fibromes opérés à la clinique gynécologique de l'Université d'Amsterdam dirigée par le Professeur van *Rooy,* trouve 25% de myomectomies. *Begouin* (Bordeaux) nous dit qu'avant 1924, avant que *Tuffier, Gouilloud, Mayo, Giles* aient publié leurs statistiques rassurantes sur la myomectomie, il ne faisait que rarement cette opération, alors que de mai 1924 à avril 1929 il arrive à une proportion de 7,75%. *Labey* qui, en 1924, a fait une enquête à ce sujet chez les membres de l'Association française de Chirurgie ne compte que 479 myomectomies sur 10.797 opérations abdominales pour fibromes, ce qui fait un peu plus de 4%. *Keller,* en réunissant les cas de fibromes traités à la clinique d'accouchement et de gynécologie de Strasbourg dans la période de 1920 à 1924, ne trouve que 3% de

myomectomies par laparotomie. Il s'étonne que *Kouwer* de l'Université d'Utrecht ait réussi à faire la myomectomie dans 21% des cas, sur une série de 451 laparotomies pour fibrome.

Nous-mêmes, en recherchant à la Clinique d'accouchement et de gynécologie de Strasbourg les cas de fibromes traités *par voie abdominale* pendant ces *dix dernières* années, avons trouvé 204 hystérectomies, dont 149 subtotales et 55 totales, et seulement 12 myomectomies. Cela nous fait donc à peu près 6% de myomectomies.

Comme nous le voyons, il y a de très grandes différences dans le pourcentage indiqué par les auteurs pour la myomectomie, différences qui viennent de ce que certains de ceux-ci étendent beaucoup plus loin que d'autres les indications de cette intervention. D'autre part, comme nous l'avons fait remarquer au début de ce travail, nous ne pouvons pas trop nous fier aux statistiques, vu que souvent on range l'une à côté de l'autre de simples polypectomies et des myomectomies vraies. Il faudrait faire abstraction de toutes ces interventions qui ne sont pas des «énucléations», et on verrait certainement se rapprocher les chiffres indiqués dans les statistiques pour les myomectomies.

Voyons maintenant les facteurs qui viennent conditionner cette opération, alors que la considération de ses énormes avantages nous aura fait envisager la méthode conservatrice.

2) *Age de la malade.*

Dans le choix de la méthode opératoire du fibrome il y a, pour commencer, un facteur d'âge. Comme il a été dit dans la conclusion de la discussion à la Société de Chirurgie en 1928, il faut, pour que l'opération conser-

vatrice soit logique et légitime, ne la pratiquer que sur des femmes jeunes dont l'appareil génital fonctionne normalement.

Ainsi, les indications physiologiques et sociales que nous avons étudiées plus haut n'entrent plus en ligne de compte à partir d'un certain âge, qui est celui de la ménopause naturelle.

Il n'y a plus de raison pour conserver un utérus fibromateux chez une femme qui n'est plus réglée, d'autant plus que dans un certain nombre de cas, 11% après 50 ans pour *Bland* et *Sutton*, après la ménopause, il y a dégénérescence maligne des tumeurs fibromateuses.

Certains auteurs, *Gouilloud*, *Bonnier*, *Bonney*, font remarquer le rôle que joue l'utérus dans la statique pelvienne par suite de ses attaches ligamentaires, et de ce fait reculent, ainsi que *Tuffier*, la limite d'âge aussi loin que possible pour les indications de la myomectomie, naturellement seulement dans les cas, où il n'y a pas de soupçon de dégénérescence maligne.

Mayo préfère l'hystérectomie après 35 ans. *Giles* pense qu'au-dessous de 40 ans la myomectomie est l'opération de choix. Il compte dans sa pratique 56,6% de myomectomies au-dessous de 30 ans; entre 45 et 50 ans il n'en trouve plus que 5,5%. *Dujarier* estime qu'il ne faut dépasser l'âge de 35 ans. D'après *Essen-Möller* qui est un élève d'*Engström*, ainsi que pour *Winter*, les chances de conception après 40 ans chez les myomectomisées sont tout à fait minimes.

Ainsi en général les auteurs ne font plus de myomectomie après 40 ans, ce qui est aussi le cas pour M. le Professeur *Reeb* à la clinique d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg :

Cependant il est évident que cette limite ne peut pas être une limite stricte; elle dépendra des cas particuliers qu'on aura à traiter. De même, elle n'entrera guère en ligne de compte pour les indications de la myomectomie par voie vaginale.

3) *Conditions anatomiques de la myomectomie.*

Pour que la myomectomie soit pratiquable, il y a certaines conditions anatomiques relatives à la tumeur. C'est par suite de ces facteurs anatomiques que dans nombre de cas l'opération conservatrice sera rendu impossible ou illusoire. Ainsi nous aurons à tenir compte du volume des tumeurs, de leur nombre et de leur siège.

A. — *Volume des tumeurs.*

Pour les partisans de la myomectomie le volume du fibrome ne joue aucun rôle. *Gouilloud* rapporte des cas, où il a enlevé des fibromes sous-péritonéaux et sessiles qui pesaient jusquà 7 kg 700 et des fibromes interstitiels de 800 gr à 2 kg 500.

Pour *Winter* la grossesse est exceptionnelle après une énucléation d'un gros myome du volume d'une tête d'enfant ou audelà. Certains auteurs conseillent dans ces cas, où il existe une perte de substance trop grande, de pratiquer l'hystérectomie pour éviter le danger de rupture utérine pendant la grossesse ou l'accouchement. Cependant il nous parait plus logique de procéder dans ces cas suivant la méthode qu'emploie M. le Professeur *Reeb* à Strasbourg. Lorsque l'utérus est par trop lacéré, après l'énucléation du myome, il enlève les trompes pour évi-

ter la grossesse et le danger de rupture, et conserve ainsi à la femme encore jeune les fonctions de la menstruation.

Les dimensions extrêmes du fibrome ne sont donc pas une indication pour l'hystérectomie et sont justiciables de la myomectomie combinée avec des opérations palliatives, s'il y a lieu de craindre la rupture utérine en cas de grossesse ultérieure.

B. — *Nombre des tumeurs.*

Au contraire du volume excessif de la tumeur, la multiplicité des noyaux fibreux est une contre-indication à la myomectomie. *Gouilloud* lui-même nous dit à ce sujet : «Nous ne faisons plus la myomectomie dans les utérus bourrés de fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux, dont l'énucléation laisse, comme on l'a dit, une loque utérine. L'opération est plus grave, la récidive est plus à craindre».

Alors que certains chirurgiens comme *Tuffier* enlèvent 5, 6 et 8 fibromes, — il en aurait même dans un cas enlevé 25, — nous sommes d'avis, en considérant les risques graves d'hémorragie et d'infection, ainsi que les chances de récidives, de ne pas énucléer plus de 3, au maximum 4 fibromes.

C. — *Siège de la tumeur.*

a) *par rapport au tissu utérin.*

Les fibromes peuvent être sous-muqueux et bomber dans la cavité utérine ; ils peuvent être interstitiels ou sous-séreux et largement sessiles.

Leur grande particularité c'est d'être entourés d'une capsule qui n'est autre qu'une couche de tissu utérin con-

densé et tassé par refoulement. Entre cette capsule et le myome existe une couche de tissu cellulaire lâche,sorte de bourse séreuse (*Verneuil*) dans laquelle rampent les vaisseaux destinés à la nutrition de la tumeur. C'est grâce à la laxité de ce tissu cellulaire lâche qu'une fois la capsule ouverte, on peut, dans certains cas, énucléer le noyau fibreux. (P.*Begonin*).

A côté de cette forme classique, où la myomectomie est facilement réalisable, une autre a été décrite par *Bouilly* sous le nom de «fibromes madréporiques». Dans ces cas la tumeur est multilobée avec des cloisons intermédiaires. Alors que *Bouilly* considérait ces cas comme non justiciables de la myomectomie, la plupart des chirurgiens partisans de l'opération conservatrice n'y voient pas de contre-indication. *Tuffier* en particulier conseille, pour libérer chaque lobe, de sectionner chaque cloison comme on débride une hernie; la cavité irrégulière qui résulte de l'ablation de tels fibromes peut se réunir parfaitement (*Labey*).

Alors que dans ces deux variétés de tumeurs que nous venons de voir l'énucléation est indiquée, il n'en sera plus de même pour une troisième variété, qui correspond à la forme diffuse, où le tissu fibreux n'est pas limité sous forme de tumeur isolée, mais où il se continue partout avec le parenchyme utérin. Dans ces cas il est impossible d'énucléer quoique ce soit, et c'est à l'hystérectomie ou à la radiothérapie qu'il faudra avoir recours.

«Quant aux rapports de la ou les tumeurs avec la muqueuse utérine, ils ne contre-indiquent généralement pas l'énucléation abdominale, et nombreux sont les cas où l'ablation de fibromes interstitiels et sous-muqueux

sessiles a déterminé une brèche dans la muqueuse sans aucun accident consécutif, soit que la cavité d'énucléation ait été drainée par voie utéro-vaginale après dilatation préalable (*Martin-Pozzi, Delagénière, Tuffier,* etc—) ou extemporanée (*Ricard*), soit que la muqueuse ait été suturée sans drainage (*Ohlshausen, Braun, Gouilloud, Didier* et *Hidden*).

Toutefois, et d'une manière générale, on peut dire, avec *Gouilloud,* que les fibromes sont d'autant plus justiciables de la myomectomie qu'ils tendent davantage à s'extérioriser vers le péritoine ; d'autant moins qu'ils tendent à se pédiculiser du côté de la cavité utérine» (*Labey*).

b) *Localisation topographique de la tumeur.*

Que là ou les tumeurs soient localisées au fond utérin ou à la face sus-isthmiques antérieure ou postérieure, l'énucléation, sie lle est indiquée, n'offre pas de difficultés. Avec *Mériel* et *Baillat* nous ferons cependant des réserves pour deux localisations, qu'ils ont nettement distinguées :

1) les fibromes sous-isthmiques.

L'énucléation pourra ici devenir difficile par suite d'adhérence avec les organes voisins, urétère, vessie, rectum. En outre, le voisinage de grosses veines peut donner lieu à des hémorragies redoutables. Dans ces cas l'hystérectomie bien réglée sera moins dangereuse que la myomectomie (*Mériel* et *Baillat*).

2) Fibromes de la corne utérine.

Ces tumeurs peuvent par suite de compression qu'elles exercent sur la trompe, donner lieu à des complications annexielles, telles que hydrosalpinx, ou bien grossesse extra-utérine, comme en a pu voir *Tuffier.* Cet

auteur fait en outre remarquer qu'on peut être amené à supprimer les annexes d'un côté, même si elles ne sont pas lésées, lorsque l'obturation de la cavité résultant de l'énucléation oblitère la lumière de la trompe ou coude la trompe d'une façon anormale. (Voir observation N° 35).

CONTRE-INDICATIONS.

A côté des contre-indications qui tirent leurs causes des facteurs anatomiques que nous venons d'étudier, il y en a d'autres qui ont rapport à l'état du fibrome qu'on va enlever, à l'état de l'utérus et des annexes qu'on va conserver, et non en dernier lieu au désir de la femme elle-même.

1) *Etat du fibrome.*

Avec *Labey* nous serons brefs sur ce point et nous exclurons en groupe tous les fibromes compliqués. Si nous nous trouvons en présence d'une gangrène, d'une nécrobiose, ou d'une suppuration, c'est à l'hystérectomie qu'il faudra recourir; de même, s'il y a dégénérescence maligne du myome. Cependant, ce dernier point peut donner lieu à bien des difficultés. Il n'est pas toujours aisé de reconnaître où la bénignité de la tumeur s'arrête et où la dégénérescence maligne commence. Alors qu'il n'y aura pas d'hésitation à procéder à l'opération radicale en présence d'un fibrome mou, violacé, liquescent, on sera plus embarrassé dans d'autres cas, où il n'existe que de légers soupçons de dégénérescence maligne.

En tous les cas, il sera prudent d'examiner histologiquement toutes les tumeurs qu'on aura énuclées, pour ne pas conserver à la femme un foyer de dégénérescence sarcomateuse.

2) *Etat de l'utérus.*

Il est évident qu'on ne fera pas de chirurgie conservatrice, lorsqu'on trouvera comme lésion concomitante du myome un cancer du col ou du corps de l'utérus. Une lésion simplement douteuse de ces parties de l'utérus demandera à être élucidée par la biopsie ou le curettage explorateur, avec examen histologique des débris qu'on aura récoltés.

En ce qui concerne la métrite chronique invétérée les points de vue peuvent être différents. *Labey* en fait une indication pour l'hystérectomie, à cause du milieu infecté dans lequel on travaille. Non seulement on s'exposerait à des ennuis du côté de la cicatrice, mais on risquerait encore la péritonite. Cependant nous ne voyons pas d'inconvénient à faire par exemple l'énucléation d'un fibrome sous-séreux isolé ou de petit volume lorsqu'il y a coexistence de métrite chronique. Dans tous ces cas c'est le «sens chirurgical» qui décidera en faveur de l'une ou de l'autre des méthodes opératoires, sans qu'on puisse dire à l'avance et avec précision quelle sera la règle de conduite à suivre.

3) *Etat des annexes.*

Dans les cas où des lésions concomitantes des annexes nécessitent leur ablation dans leur totalité, il n'y a pas de raison à conserver l'utérus en pratiquant une énucléation, et l'hystérectomie sera toute indiquée. Si cependant on arrive à conserver un, ou seulement une partie d'un ovaire, on devra toujours, chez les femmes jeunes envisager la myomectomie pour conserver à celles-ci la menstruation et pour leur éviter les troubles graves de la ménopause artificielle. On n'aura donc pas à tenir compte de l'état des annexes, une fois que la fonction

ovarienne aura pu être maintenue, — ne serait-ce que par un fragment d'ovaire, — et on agira pour le myome d'après les conditions anatomiques et les considérations générales que nous avons vues plus haut.

4) *Désir de la femme.*

Enfin il va sans dire que chaque fois qu'on aura une décision à prendre, dans le choix de l'intervention, il faudra tenir compte du désir de la femme malade. A côté des cas, où la conservation des fonctions de reproduction et de la menstruation est vivement demandée par les malades, il y en a d'autres, où celles-ci demandent surtout à être débarrassées, et pour toujours, de leurs maux, — en l'espèce les hémorragies. Dans ces cas on n'aura pas le droit de faire, pour des raisons de principe, une énucléation et de risquer ainsi de nouvelles métrorragies ou une récidive.

TECHNIQUE OPERATOIRE.

A propos de la technique opératoire dans la chirurgie conservatrice du fibrome il y aura lieu de distinguer 2 grands procédés qui sont :

A. — La myomectomie par voie abdominale ;

B. — La myomectomie par voie vaginale.

Chacune de ces 2 méthodes a ses indications propres.

1) *Myomectomie abdominale.*

La myomectomie, telle que nous l'avons définie, ne pourra s'exécuter dans la majorité des cas que par voie abdominale. C'est en effet la seule voie qui permette d'explorer minutieusement l'état de l'utérus et des annexes, et de se rendre compte, si vraiment l'énucléation

est indiquée. D'autre part,du point de vue technique,l'opération abdominale offre beaucoup plus de facilités et de sécurité que la myomectomie vaginale, à laquelle nous pouvons faire avec Hans *Albrecht* les objections suivantes :

a) Même pour un opérateur très exercé aux interventions par voie vaginale, ce procédé de la myomectomie représente une intervention plus difficile et plus longue que la méthode abdominale.

b) L'asepsie qui précisément est d'une importance particulière lors d'une myomectomie, n'est pas assurée d'une façon parfaite avec l'opération vaginale. Et même si ce danger n'est pas trop grand, il va à l'encontre des principes et du sens chirurgical d'un opérateur expérimenté de refouler dans la cavité abdominale, à travers le vagin, un utérus plus ou moins racommodé.

c) L'hémostase sur un utérus basculé dans le vagin est plus difficile que sur l'utérus in situ lors de l'opération abdominale. En outre, on ne peut pas contrôler si, après reposition de l'utérus, celui-ci ne continue pas à sainger par suite du relâchement des ligaments.

En tous les cas l'énucléation abdominale permet de dominer l'opération d'une façon tout à fait sûre au point de vue technique. Elle permet une hémostase correcte et un travail aseptique. Avec cela elle est plus courte et plus simple (Hans *Albrecht*).

Technique de l'énucléation par voie abdominale.

Avant de procéder à l'opération on se rappellera qu'au cours de l'intervention on pourra être obligé à faire une hystérectomie totale. On préparera donc soigneusement le vagin comme on le fait habituellement avant

cette opération. Alors que certains chirurgiens, tels que *Dartigues* et *Tuffier* conseillent de dilater préalablement le col pour faciliter l'écoulement du sang, ou établir un drainage vaginal, alors que certains même pratiquent un curettage ou font des injections intra-utérines iodées pour rendre la cavité utérine moins septique, la plupart des auteurs dont *Dujarier, Gouilloud, Reeb,* s'abstiennent de toute manœuvre intra-utérine, pour opérer sur un utérus dont la cavité soit restée vierge de tout contact par voie vaginale.

1) *Incision utérine et énucléation.*

Si les fibromes sont sous-péritonéaux et sessiles, l'énucléation ne présente aucune difficulté.

Après incision du feuillet péritonéal qui recouvre chaque tumeur, on recherche le plan de clivage qu'on trouve généralement facilement dans ces cas, et on fait la décortication du fibrome.

Si celui-ci est interstitiel, volumineux et unique, on incise la couche qui le recouvre, pour commencer seulement aussi loin que c'est nécessaire pour fixer le myome ainsi mis à nu avec une pince de *Museux* ou un tire-bouchon, et pour l'attirer en haut. Ensuite, le myome est énucléé, sous traction continue, avec un instrument mousse de sa loge. Pendant la traction et l'énucléation, la première incision est prolongée aussi loin que cela paraît nécessaire. Si après la sortie du myome de sa capsule, il y a encore quelques tractus vasculaires qui s'étendent du fond de la plaie utérine à la tumeur, on met des pinces surc eux-ci et on les ligature. En écartant les bords de la brèche utérine ainsi créée on repère les vaisseaux qui saignent et on fait une hémostose soignée.

Si les noyaux fibreux sont petits et multiples, le mieux est de faire une hystérectomie médiane qui permet de les rechercher et de faire une exploration minutieuse de tout l'utérus. On évitera ainsi de laisser passer inaperçus dans la paroi, de tout petits noyaux qui peuvent donner lieu à des récidives.

D'autre part, il est à déconseiller de multiplier par trop les incisions et d'énucléer un nombre trop grand de fibromes, l'utérus restant devenant une loque comme nous l'avons déjà dit.

Dans les cas où le fibrome siège sur la paroi postérieure de l'utérus, l'incision sera pratiquée médiane et postérieure. Certains auteurs, dont *Tuffier,* n'hésitent pas à passer à travers la cavité utérine et vont ainsi aborder et énucléer les fibromes de la paroi postérieure de l'utérus.

Cette pratique nous paraît peu recommandable à cause du danger d'infection qui peut résulter de l'ouverture de la cavité utérine. Cependant il arrive fréquemment que la muqueuse utérine soit accidentellement déchirée au cours de l'énucléation de myomes sous-muqueux, et dans la grande majorité des cas la bonne marche de la cicatrisation n'en est pas entravée. *Schmid* cite 31 cas, où la cavité utérine a été ouverte, et même des fois des lambeaux de muqueuse ont été enlevés avec les myomes auxquels ils adhéraient, et dans tous ces cas les suites ont été bonnes. Cet auteur s'étonne qu'on eût toujours si peur de l'ouverture de la cavité utérine. «Dans l'amputation supra-vaginale, nous dit-il, la plupart des chirurgiens ont encore, il y a peu de temps, désinfecté soigneusement le canal du col. Aujourd'hui on sait cependant qu'en général la partie supérieure du canal cer-

vical fermé est libre de germes infectieux chez la femme non enceinte». Ceci peut être vrai pour le plus grand nombre des cas, cependant à notre avis on court toujours un grand risque en créant une solution de continuité entre la cavité utérine et la plaie utérine. Il nous paraît donc prudent de ne pas s'exposer volontairement à un pareil danger en passant de parti pris à travers la cavité utérine et la plaie utérine. Il nous paraît donc prudent de ne pas s'exposer volontairement à un pareil danger en passant de parti pris à travers la cavité utérine pour aborder les noyaux fibreux de la paroi postérieure de l'utérus, d'autant plus si une hystérectomie sur la face postérieure de l'utérus et sans ouvrir la cavité est pratiquable. Néanmoins nous estimons qu'on n'a pas le droit d'abandonner l'opération conservatrice, pour la seule raison qu'on a été obligé, au cours de l'intervention, d'ouvrir la cavité utérine.

Pour les fibromes du fond, qui ne peuvent pas être énuclés, certains auteurs recommandent l'hystérectomie subtotale haute, telle que *Zweifel,* le premier l'a décrite, et qui conserverait la fonction menstruelle. C'est là une bonne pratique dans les cas, où la myomectomie n'est pas réalisable.

2) *Hystérorraphie.*

Avant de suturer les larges brèches qu'on aura créées dans la musculature de l'utérus, il s'agit de savoir s'il faut drainer ou non ces espaces morts, où des hématomes peuvent venir se former et s'infecter dans la suite. Ce danger d'infection étant différent suivant que la cavité utérine aura été ouverte ou non, il nous faudra distinguer ces 2 variétés de cas.

a) *La cavité utérine n'a pas été ouverte.*

La plupart des auteurs sont d'accord que dans ces cas tout drainage est inutile. L'essentiel c'est que la loge du fibrome, après une hémostase soignée, soit bien capitonnée sur plusieurs plans et qu'il n'y ait pas de poches entre les lèvres de la plaie.

b) *La cavité utérine a été ouverte.*

Différents procédés de drainage ont été utilisés dans ces cas. *Tuffier* recommande de faire un drainage systématique par le col et le vagin ; *Gouilloud,* dans les rares cas où il juge un drainage nécessaire, fait passer une mèche de gaze iodoformée à travers une incision du Douglas. Ce même auteur a préconisé dans les derniers temps le Mikulicz qui lui aurait rendu de grands services.

Aussi peu que nous sommes partisans de l'ouverture systématique de la cavité utérine, nous ne sommes pas non plus d'avis de faire un drainage méthodique par le col. Nous estimons que de petites brèches faites accidentellement dans la muqueuse utérine, comme cela arrive fréquemment, ne nécessitent aucun drainage. On se bornera à faire un simple attouchement des bords de la muqueuse lésée à la teinture d'iode, puis ceux-ci seront suturés par un surjet profond au catgut chromé. L'essentiel c'est de bien adapter les bords de la plaie et de faire un bon capitonage, après avoir enlevé toutes les rugosités et les parties de la coque qui sont de trop.

Une attention spéciale devra être portée à la péritonisation de la superficie saignante, pour éviter sur elle les adhérences des viscères abdominaux, ce qui peut amener des malaises, dont le plus grave est l'occlusion

intestinale que nous voulons éviter à tout prix. M. le Professeur *Reeb* a pu observer de ces adhérences au cours d'opérations itératives pour fibromes, et M. *Keller* cite un cas d'occlusion intestinale par suite d'adhérences pareilles.

Pour faire une bonne péritonisation on peut être amené à utiliser le péritoine rétrovésical, ou bien les ligaments larges qui, en général, se trouvent distendus, ou bien les ligaments ronds, ou bien encore l'épiploon pour les sutures de la face postérieure.

Un nombre relativement petit de sutures peut suffir dans la majorité des cas, vue que l'utérus par suite sa grande contractibilité diminue rapidement de volume, même après énucléation de grandes tumeurs, comme l'ont fait voir *Doleris* et *Chevrier* dès 1911 et comme *Gouilloud* y a de nouveau insisté. En cas d'atonie de l'utérus et d'hémorragie au niveau des points de suture, comme on en voit quelquefois après l'énucléation, *Schmid* recommande de faire, excepté en cas de grossesse, une injection de 1-2 cc d'extrait d'hypophyse dans l'utérus, ce qui lui aurait toujours donné de bons résultats.

Lorsque l'énucléation aura laissé de grandes brèches utérines, une adaptation parfaite de leurs bords sera souvent difficile, ou même impossible, soit à cause de la forme globuleuse de la cavité, soit à cause de l'épaisseur inégale ou de la friabilité des tissus. Pour cette raison *Henkel* préconise de faire d'emblée, au lieu de l'énucléation, la résection de grandes parties de l'utérus, comprenant les myomes avec leur coque même, ce qui permettrait une suture exacte et propre. Le même but est poursuivi par *Freund* dans sa résection en forme de tran-

che de melon. La résection de la coque utérine, qui souvent renferme encore des noyaux fibreux, et dont les parois rigides favorisent la stagnation des sécrétions de la plaie et leur infection, pourra être indiquée dans certains cas où il y a lieu de craindre les dangers d'un hématome.

Gouilloud recommande de faire dans les cas où ce suintement sanguin est à redouter, notamment dans les fibromes sous-muqueux, un tamponnement à la Mikulicz. Le Mikulicz, «dont les inconvénients sont minimes et la sécurité puissante», peut en effet rendre dans certains cas, de grands services, comme le prouve l'observation N° 35 où M. le Professeur *Reeb* a dû intervenir secondairement pour une hématocèle infecté du Douglas qu'il a ouvert par voie vaginale.

Avant de fermer l'abdomen, on aura soin d'étaler soigneusement l'épiploom au devant de l'utérus, pour éviter ainsi les adhérences intestinales à la cicatrice utérine, avec les conséquences très graves qui peuvent en résulter.

2) *Myomectomie vaginale.*

Alors qu'au début des interventions conservatrices par énucléation, la myomectomie vaginale était la seule en faveur chez les chirurgiens, elle est aujourd'hui abandonnée par beaucoup d'auteurs pour les raisons que nous avons invoquées plus haut. Cependant, elle a encore des indications qui, bien que restreintes par suite de la sécurité plus grande que présente la myomectomie abdominale, n'en sont pas moins nettes. Ainsi, elle pourra être pratiquée dans certains fibromes du col et dans une partie de ceux du corps de l'utérus.

a) *Fibromes du col et du museau de tanche.*

Ces fibromes sont en rapports immédiats avec le vagin, donc facilement abordables. Leur énucléation est particulièrement facile dans les cas de tumeur peu volumineuse, siègeant sur les lèvres du col : une simple incision sur la tumeur permet aisément de l'aborder et de l'énucléer. Dans les cas, où le myome siège dans le segment supra-vaginal du col, l'énucléation par hystérotomie cervico-vaginale uni, ou bilatérale peut être employée avec avantages; c'est l'ancienne opération d'*Amussat*. Parfois on pourra avoir recours, pour aborder certains fibromes du col, à la colpotomie antérieure, postérieure ou latérale.

Cependant toutes ces énucléations vaginales ne peuvent être faites avec sécurité que pour les petits fibromes du col ne dépassant pas le volume d'un poing. Les tumeurs volumineuses doivent rester dans le domaine de la chirurgie abdominale, où l'on voit mieux ce qu'on fait, et où les manœuvres sont plus aisées. (*Labey*).

b) *Fibromes du corps de l'utérus.*

Sont seuls indiqués pour la myomectomie vaginale certains myomes sous-muqueux, de moyen volume, une tête d'enfant du 7^{e} mois tout au plus, nettement inclus dans la cavité utérine ou bombant sur une de ses faces. Nous ne parlerons pas des cas de fibromes sous-muqueux pédiculés, où celui-ci est saisi avec une pince de Museux, amené à travers l'orifice cervical et sectionné au niveau de son pédicule. C'est là une opération facile et qu'on a tort de rapporter dans les statistiques avec les myomectomies. Comme l'ont dit E. et P. *Goinard* «en règle générale on ne pratiquera la myomectomie vaginale

que dans les cas, où un col effacé, dilaté spontanément ou facilement dilatable, où un col éffacé, dilaté spontanément ou facilement dilatable, donnera accès sur le fibrome». Encore faudra-t-il, avant qu'on se décide à l'opération par voie vaginale, qu'on ait pu explorer le fibrome et ses rapports avec la cavité utérine. Cette exploration pourra se faire, soit au doigt, soit radiologiquement, suivant le procédé employé par Claude *Beclere* dans l'hystéro-salpingographie.

C'est que le diagnostic d'un fibrome sous-muqueux n'est pas toujours aisé, quand le col n'est pas effacé ou perméable. On se base alors sur l'utérus uniformément agrandi avec ménorragies. C'est pour cette raison que le diagnostic radiologique constitue un réel progrès.

Dans tous les cas de fibromes sous-muqueux, largement sessiles, dont on aura pu reconnaître ainsi la configuration approximative, et par suite l'aptitude à l'opération par voie vaginale, une incision transversale du vagin au ras de son insertion sur le col, soit en avant, soit en arrière de celui-ci, puis la section médiane du col prolongée dans le corps, permettent d'atteindre le pôle inférieur du noyau fibromateux, de la saisir avec un tire-bouchon, et de l'énucléer.

Il ne faudra cependant pas que le désir de la conservation à outrance nous mène à faire des délabrements dangereux. On ne songera pas à extirper par la voie vaginale un fibrome du volume d'une grossesse dépassant 4 mois. De même, il ne sera pas utile d'insister dans le cas de fibrome haut situé avec un col utérin allongé, conique et fermé (P. et E. *Goinard*).

Et si, au cours de l'opération, on se voyait obligé de faire des dégâts trop grands, qu'on n'avait pas pu soup-

çonner, il faudra savoir s'arrêter et renoncer à la conservation, en terminant par l'hystérectomie précédé d'une hémisection de l'utérus.

RESULTATS.

1) *Résultats immédiats.*

On an beaucoup discuté pour savoir si la myomectomie en tant qu'opération est plus grave que l'hystérectomie, et pour le savoir on a fait appel à des statistiques. Cependant, nous le répétons, les chiffres dans leur brutalité ne peuvent souvent que nous donner une idée fausse des risques d'une opération ou de l'autre, vu que dans les statistiques ou compare entre elles des interventions qui, au point de vue de leurs difficultés techniques et de leur gravité, sont tout à fait différentes. Ainsi l'énucléation abdominale d'un ou de deux myomes sous-séreux sera certes plus bénigne qu'une hystérectomie, alors que celle-ci, par suite de sa parfaite règlementation, comportera moins de risques qu'une énucléation longue et laborieuse, pratiquée sous un utérus bourré de fibromes, dont l'ablation entraine un écoulement sanguin appréciable et laisse dans l'utérus des cavités anfractueuses prédisposées à la stase et à l'infection.

Ceci dit voyons les *objections* qu'on peut faire à la myomectomie.

a) *Hémorragie.*

Le risque d'hémorragie est une des objections les plus fréquemment formulées contre la myomectomie, surtout par *Baldy* (de Philadelphie). C'est moins l'hé-

morragie immédiate qu'on redoute, que le suintement sanguin après l'opération, dans le lit du fibrome ou dans le Douglas.

D'où formation d'hématomes ou d'hématocèles qui peuvent s'infecter secondairement. M. le Professeur *Reeb* a eu l'occasion d'observer un de ces cas d'hématocèle infectée du Douglas, après myomectomie, où il a dû intervenir par voie vaginale (Voir observation N° 35). *Gouilloud* cite de même un cas semblable.

Cependant, ce danger d'hémorragie, peut être évité dans la plupart des cas en pratiquant une hémostase soignée, comme nous l'avons exposé à propos de la technique de la myomectomie abdominale. *Tuffier* conseille d'inciser l'utérus sur la ligne médiane, dans la région avasculaire de l'utérus, ce qui diminuerait considérablement l'hémorragie. Une bonne précaution, en cas de léger suintement sanguin, c'est de drainer la cavité abdominale par un Mikulicz, comme le recommande Gouilloud. Si toutefois, après une énucléation on a des doutes sur le tarissement d'une hémorragie, on pourra encore toujours terminer par ablation de l'utérus (*Tuffier*).

b) *Infection.*

Comme nous venons de le dire le suintement sanguin, parfois inévitable après l'opération, peut donner lieu à des hématomes et par suite prédisposer à l'infection. En combattant l'un de ces dangers on combattra donc aussi l'autre. Cependant l'infection proviendrait surtout de l'ouverture de la cavité utérine. Beaucoup d'auteurs ne se préoccupent même pas de cette ouverture de la cavité utérine, soit sous le prétexte que celle-ci ne contient en général pas de microbes virulents, soit qu'ils se

fient au drainage systématique qu'ils font par le col et par le vagin. Pourtant les cas d'infection après myomectomie ne sont pas rares, et il faut admettre que, dans la grande majorité des cas, elle provient de la cavité utérine, lorsque celle-ci a été ouverte au cours de l'intervention. E. et P. *Goinard* citent un cas de leur observation, où il y a eu, au cours d'une énucléation, ouverture minime de la cavité utérine. Elle s'est manifestée dans la suite par un léger écoulement sanguin à l'orifice vulvaire et par l'expulsion par la même voie, au bout de 18 jours, d'un catgut entouré d'un lambeau de muqueuse. Les suites opératoires furent fébriles, cependant il y a eu guérison. Dans ce cas il y a donc eu infection locale et sans réaction du péritoine.

Ces mêmes auteurs en concluent que si un drainage doit s'effectuer, il ne pourra se faire que par la cavité utérine. Mais comme nous l'avons déjà dit, dans le chapitre de la technique opératoire, nous sommes d'avis qu'en général on peut se passer de drainage dans ces cas où la muqueuse a été déchirée au cours de l'intervention. Encore là, l'essentiel, si on veut conjurer le danger d'infection, c'est de bien fermer la loge du fibrome du côté du péritoine.

Les auteurs qui ont procédé de cette façon ont observé après presque toutes leurs énucléations des suites bénignes. Si malgré cela l'infection survient et cause des décès, c'est qu'elle n'a pas pu être évitée, et si nous recherchons combien de fois une issue fatale est survenue par suite d'infection après les myomectomies, nous pouvons constater que le chiffre ainsi trouvé n'atteint pas celui admis en général pour l'hystérectomie. Ce n'est donc pas ce danger d'infection qui devra nous faire rejeter

l'opération conservatrice, lorsque les conditions d'âge et les facteurs anatomiques nous auront permis d'en poser l'indication.

c) *Occlusion intestinale.*

Quelques auteurs ont argumenté contre la myomectomie, la fréquence de l'iléus postopératoire par adhérences. Par suite des difficultés que présente dans certains cas l'hémostase et la coaptation parfaite des lèvres de la plaie utérine, des suintements sanguins légers peuvent se produire après l'opération et donner lieu à des adhérences. Ces adhérences s'observent dans les années qui suivent l'opération, et M. le Professeur *Reeb,* au cours d'une opération itérative pour myome, a trouvé une anse intestinale adhérente à l'endroit exact qui correspondait à l'ancienne ligne de suture de l'utérus.

Quant au danger d'occlusion intestinale, soit immédiate, soit éloignée, par suite de ces adhérences, il faut croire que, de même que l'iléus paralytique, il n'est pas plus grand pour la myomectomie que pour les laparatomies en général. *Schmid* qui dans ses 87 cas de myomectomies a soigneusement observé les suites immédiates et éloignées, n'a jamais trouvé un iléus post-opératoire, de même la plupart des auteurs qui ont pu suivre leurs malades pendant de longues années. *Keller* cite un cas d'occlusion intestinale qu'il a observé avec le Dr *Schaffer,* chez une femme ayant subit 20 ans auparavant une myomectomie. Plusieurs anses intestinales étaient adhérentes à un fibrome pédiculé, ayant subi une torsion de 180° sur un utérus fibromateux lui-même.

Dans ce cas, c'était le phénomène de la récidive qui était indirectement la cause de la torsion d'une partie de

la tumeur et de l'entrainement des anses intestinales adhérentes dans le mouvement de cette torsion.

Si donc le danger d'occlusion existe, nous pouvons le combattre, ainsi que les autres ennuis provoqués par les adhérences, premièrement par un choix judicieux des cas soumis à la myomectomie, et deuxièmement par une technique où l'hémostase, la suture utérine et la péritonisation seront faites avec tous les soins que demande l'intervention conservatrice.

d) *Phlébito-embolies.*

Alors que les embolies et les phlébites sont une des complications les plus redoutables et relativement fréquentes de l'hystérectomie — 1 % de mortalité par embolie sur 4% de mortalité totale après hystérectomie abdominale, d'après *Tixier* — nous ne les trouvons que rarement après l'opération conservatrice. *Meriel* et *Baillat* ne trouvent dans leur référendum réunissant 194 cas de myomectomie, qu'une seule embolie mortelle. *Schmid* trouve une seule fois une thrombose des veines de la jambe et aucune embolie pulmonaire au cours de ses 88 myomectomies.

Dans les cas que nous avons pu réunir à la Clinique d'accouchement et de gynécologie de Strasbourg nous avons trouvé une seule fois une phlébite post-opératoire.

Gouilloud explique ce fait par l'absence de ligature des grosses veines non loin de leur abouchement dans la veine iliaque, comme cela a lieu dans l'opération mutilante.

e) *Mortalité.*

Si nous considérons maintenant la gravité de l'opération conservatrice du point de vue de la mortalité nous

trouvons qu'elle s'est modifiée dans un sens éminemment favorable pendant ces 30 dernières années, et dans la même mesure que pour l'opération radicale. Pour les cas judicieusement choisis, où l'énucléation est faite avec une technique irréprochable, l'énucléation abdominale présente de nos jours la plus petite mortalité moyenne.

Si nous comparons les chiffres indiqués par les différents auteurs, nous pouvons encore constater les plus grandes variations.

Ces grandes variations tiennent en partie à ce que certains chiffres élevés de mortalité indiqués par les auteurs remontent à une époque où l'hystérectomie, elle aussi, ainsi que toutes les laparotomies, présentaient une mortalité beaucoup plus grande que de nos jours.

Giles, en 1923, publie sa statistique d'opérations pour fibromes : 1.004 hystérectomies abdominales donnent une mortalité de 1,69% et 173 myomectomies abdominales de 1,70%.

Gouilloud, en 1924, indique une mortalité de 3,38% pour ses 118 myomectomies faites dans la période de 1896 à 1924.

Bonney, en 1925, publie 2 séries, l'une de 100 myomectomies, avec 2 décès, l'autre de 120 avec 3 décès.

Les frères *Mayo* ont fait de 1920 à 1925, 259 myomectomies abdominales avec 2 décès = 0,77% contre 1643 extirpations totales avec 31 morts = 1,88%.

Mangiagalli, en 1926, nous donne une statistique portant sur 50 ans d'expérience. Il a pratiqué 1598 hystérectomies avec une mortalité de 5% et 135 myomectomies avec une mortalité de 3,7%.

Meriel et *Baillat*, dans leur référendum, réunissent 194 cas de myomectomies avec 7 décès = 3,6%.

Enfin *Keller* et *Bohler*, dans un travail tout récent, en comparant les résultats immédiats de plus de 60.000 opérations, tant conservatrices que radicales, pour fibrome utérin, arrivent à la conclusion que la mortalité des opérations conservatrices abdominales est actuellement sensiblement égale à celle de l'amputation subtotale, et notablement inférieure à celle de l'extirpation totale. De même la mortalité de l'opération vaginale conservatrice est moindre que celle de l'extirpation vaginale totale. Voici les chiffres que ces 2 auteurs donnent dans leur statistique :

Résultats immédiats des opérations pour fibrome utérin
Opérations radicales

		Amputation abdominale subtotale	Extirpation abd. tot.	Extirpation vag. tot.
Depuis 1918	Nombre des opérations	15.528	11,406	9,974
	Mortalité en %	2,535	4,51	2,25
	Nombre des opérations	4,75	2,305	3,163
	Mortalité en %	1,9	3,6	2,8

Opérations conservatrices

		Myomectomie abdominale	Myomectomie vaginale
	Nombre des opérations	4,158	2,300
	Mortalité en %	3,5	2,65
Depuis 1918	Nombre des opérations	1,030	983
	Mortalité en %	1,6	2,3

Keller et *Bohler* font remarquer avec raison que «toute statistique non détaillée est susceptible de renfermer un grand nombre de fibromes sous-péritonéaux pédiculés ou même à base d'insertion plus large, et dont l'ablation, presque toujours simple, ne saurait être qualifiée d'énucléation, car elle n'en comporte pas les risques». Il en est de même pour l'opération vaginale, où l'ablation de simples polypes fibreux figure souvent à tort avec les myomectomies dans les statistiques.

On n'a donc pas le droit de conclure d'après les chiffres relatés que l'énucléation donne de nos jours de meilleurs résultats, en ce qui concerne la mortalité, que l'hystérectomie. Car si les opérations radicales donnent encore toujours, malgré une technique bien réglée, une mortalité de 2-3%, il ne faut pas oublier qu'on soumet à l'opération radicale les cas les plus difficiles, les cas infectés, ceux où il y a une dégénérescence maligne etc.. et qui, de prime abord, sont exclus de l'énucléation (*Essen-Möller*).

Nous sommes pour cela de l'avis que les résultats immédiats de l'énucléation sont à peu près pareils à ceux des opérations radicales.

2) *Résultats éloignés.*

a) *Récidives.*

Que des récidives arrivent et doivent arriver après la myomectomie, personne ne le contestera. Aussi c'est une des plus grosses critiques formulées contre la myomectomie.

Il peut s'agir soit de récidives vraies, c'est-à-dire de la formation dans le parenchyme utérin de nouveaux noyaux, ayant pris naissance à une date plus ou moins éloignée de l'intervention, soit de l'augmentation de volume de petits fibromes, existant déjà lors de l'opération, mais trop petits pour être perçus dans l'épaisseur des parois utérines.

Fréquence des récidives :

Nous emprunterons à MM. *Keller* et *Bohler* les chiffres relatifs à la fréquence des récidives :

Auteurs	Nombre de cas	Récidives en %
Mayo	909	2,50
Masson, James, Mayo	259	0,40
Gouilloud	120	8,33
Winter	109	12,00
Thorn	79	12,00
Sarwey	25	4,00
Troell (A)	18	4,00
Cemach	27	22,20
Muratoff	39	5,00
Mc Laren	22	18,00
Zwibel	280	1,40
Henkel	40	12,5
Kelly	97	3,0
Mackenrodt	147	3,3
Schoepp	60	9,0
Engström	61	4,90
Werner - Möller	19	25,00
Essen - Möller	21	33,30

Comme nous pouvons le constater, et comme *Keller* et *Bohler* le font remarquer, les petites séries opératoires indiquent un pourcentage élevé de récidives. Par contre les 2 statistiques de Mayo portant sur 1100 cas signalent 1,5% de récidives, *Zwibel* sur 280 cas en réunit 1,4%, *Bonney* sur 220 cas n'en a pas du tout. *Ferendinos* en trouve 3, sur 290 énucléations, *Gouilloud* sur 118 myomectomies note 8,37% de récidives.

Ces récidives peuvent être tout à fait bénignes et survenir sans occasionner de nouveaux troubes à la malade. Elles peuvent même passer complètement inaperçues pour la femme et n'être relevées que fortuitement au cours d'un examen. Au point de vue résultat de l'opération conservatrice ces récidives latentes ne sont pratiquement pas à compter.

Dans d'autres cas les symptômes fonctionnels ou physiques provoqués par ces récidives obligent à une deuxième intervention. Cependant, ces réinterventions ne sont pas très fréquentes. *Mayo,* sur 259 cas n'a eu qu'une seule fois à réintervenir, *Engström* sur 180 cas opérés par lui n'a jamais eu à réintervenir, bien que dans quelques cas de petits noyaux soient réapparus. *Schmid* sur 56 cas a dû réintervenir 4 fois. *Gouilloud* sur 104 cas également 4 fois.

L'appréciation exacte de la fréquence des récidives et du nombre des réinterventions est difficile, puisque l'observation des malades opérées par myomectomie doit être faite pendant le très longues années après l'opération.

C'est que les récidives demandent un certain temps pour se produire. En général, elles surviennent de 5 à 15 ans après l'opération. *Schickelé,* en suivant un casde récidive après une myomectomie, a pu observer une augmen-

tation relativement lente pendant 10 ans, puis une croissance plus rapide dans les 5 années suivantes et plus particulièrement dans la 15^{e} année. Cette dernière phase a évolué beaucoup plus vite et a causé des embarras directs pour la malade.

Il ressort de là que les malades opérées jeunes ont plus de chances d'avoir des récidives que celles qui sont plus âgées, où la ménopause viendra arrêter l'évolution du fibrome.

On a dit que la récidive, si elle a lieu, se ferait en général ailleurs qu'au niveau de la cicatrice utérine, et avec le plus de fréquence sur les faces latérales de l'utérus. Cependant, M. le Professeur *Reeb* a pu observer 2 cas de récidives, aù celles-ci, l'une après 11 ans, l'autre après 14 ans, se sont produites exactement à l'endroit même, où le fibrome avait été énucléé.

Les récidives malignes sont exceptionnelles. *Berreitter* en a trouvé 0,5%.

En résumé, nous voyons que le danger de récidive existe bien, mais vu sa fréquence relativement petite, ainsi que la longue évolution des fibromes récidivants, permettant à la femme une vie génitale normale pendant de longues années, la crainte de récidives ne devra pas nous faire écarter l'opération conservatrice, si les conditions anatomiques permettant cette intervention sont réalisées. Toutefois on fera bien de prévenir la femme de la possibilité d'une récidive, et de demander son consentement à l'opération conservatrice.

b) *Persistance des métrorragies et des troubles subjectifs.*

Nous abordons là une question où il est difficile de juger objectivement, et où d'une façon presqu'inévitable

la conception subjective des malades, ainsi que celle des opérateurs, joue un rôle. Cela ressort également des chiffres. Encore ici, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les 2 statistiques remarquables données par *Keller* et *Bohler* dans leur récent travail sur les résultats de la myomectomie :

Statistique sur les métrorragies

Auteurs	Nombre de cas	Métrorragies		
		Disparaissent	Diminuent	Persistent
Schmid	43	10%	65%	25%
Serdjukoff	50	2 femmes à la veille de la ménopause		48
Winter	69 sous-muqueux 12 sous-séreux à pédicule 11 sous-séreux interstitiels			19 (27,5%) 2 3
Bonney	220	Métrorragies cessent toujours		
Murray-Leith	60 31 fois hémorragies	A toujours été surpris de la rapidité avec laquelle une menstruation normale s'installe 2–3 mois après l'opération. 1 fois: règles un peu fortes. 1 fois: changement de rythme 3/21 à 4/28		
Weiss	232	17 fois hémorragies récidivantes		
Giles	49			6—20%
Mandelstamm	106			2

Résultats à distance des opérations conservatrices pour fibrome en dehors de récidives

Auteurs	Cas	Guérison	incomplète	Nature des troubles	Indication de troubles nouveaux	Capacité de travail tot.	Capacité de travail réd.	Malades satisfaites de l'intervention
Winter	69 s/muqueux	50	19 27,5%	2 continuent à saigner douleurs 1 X métrorrag. 3 X	12 (6 X pertes 4 douleurs 4 faiblesse de vessie 1 symptômes obscurs)			Mécontentes 20%
	16 s/sér. pédicul.	10	6					
	11 s/sér. interstit.							
Sarwey	25					22		Mécontentes 3
Essen-Möller			40%	les opérations radicales donnent les meilleurs résultats à distance				
Abel			32%					Mécontentes 23%
Graf-Schauta	30			dans un nombre relativement grand, douleurs pendant des années, qui réduisent fortement ou suppriment même complètement la capacité de travail; les opérations radicales donnent de meilleurs résultats à distance.				
Werner-Möller		66,6%	33,30 %	Résultats à distance mauvais				
Schoepff	60	70%	30%					
Colombino	42	37	5					

Alors que d'après *Essen-Möller* 40% des malades opérées par énucléation gardent leurs troubles, Bonney les voit donc disparaître dans tous ses cas (220). *Werder* déclare que les résultats immédiats et éloignés sont meilleurs que pour l'opération radicale, de même *Engström*. Nous voyons donc l'accord est loin d'être fait sur cette question. Peut-être *Martin* a-t-il raison lorsqu'il croit que les énucléations avec des troubles ultérieures n'étaient pas des cas de myomes purs.

RESUME.

Nous venons de voir que la Myomectomie a l'avantage sur l'opération radicale de conserver à la femme une vie physiologique normale. Elle conserve à la femme encore jeune la fonction de la menstruation et lui évite, de cette façon, les troubles et les ennuis de la ménopause artificielle.

En même temps que la menstruation la fonction de reproduction est conservée par la Myomectomie. Les cas de grossesse après cette opération sont nombreux et peuvent être évalués à 10% en moyenne. En outre les grossesses, après myomectomie, évoluent en général normalement, et ne présentent pas de difficultés particulières inhérentes à l'opération pratiquée antérieurement sur l'utérus.

La Myomectomie qui pésente de si grands avantages a cependant des indications limitées qui font qu'elle ne peut être exécutée que dans un nombre restreint de cas.

Les facteurs qui viennent conditionner l'indication de la myomectomie sont, avant tout, des facteurs anatomiques.

Le volume de la ou les tumeurs joue un certain rôle. L'énucléation d'une tumeur très volumineuse entrainant une grande perte de substance, certains auteurs ont

conseillé de faire, dans ces cas, l'hystérectomie, pour éviter le danger de rupture utérine. Cependant, il nous parait plus logique, de pratiquer dans ces cas l'énucléation, en la combinant à une opération palliative (stérilisation par ablation des trompes), lorsque l'utérus est trop lacéré après l'énucléation. La fonction de menstruation est ainsi conservée.

Le nombre des tumeurs est bien plus important. Les incisions multiples entrainant des risques graves d'hémorragie et d'infection, les chances de récidive étant d'autre part très grandes, lorsque l'utérus est bourré de fibromes, nous sommes d'avis de ne pas énucléer plus de 3, au maximum 4 fibromes.

Le siège des tumeurs fibreuses est également à considérer. Les fibromes sous-séreux, les fibromes du fond, ainsi que les fibromes interstitiels de la face antérieure ou de la face antérieure ou de la face postérieure de l'utérus, seront plus propres à l'énucléation que ceux de la région sous-isthmique. Dans les cas de fibromatose diffuse de l'utérus, où les noyaux sont mal délimités et les plans de clivage entre les parties saines et les parties malades de l'utérus impossibles à trouver, l'hystérectomie reprend tous ses droits.

Enfin, il faut tenir compte de l'état des tumeurs, des lésions concomitantes de l'utérus et des annexes, d'où pourront découler de nombreuses contre-indications à l'énucléation.

Dans les cas où on est obligé de pratiquer l'hystérectomie, l'examen de la pièce, après l'opération, peut des fois faire croire que l'énucléation aurait été possible. Cependant, les choses se présentent tout autrement lors-

que la pièce est in situ. L'accès à la tumeur et son énucléation peuvent alors présenter de telles difficultés qu'on est obligé de terminer par l'opération radicale.

Nous voyons donc que les contre-indications à la myomectomie sont beaucoup plus nombreuses que ses indications. C'est pour cette raison précisément qu'elle est rejetée par principe, et à tort, par certains chirurgiens. Les résultats admirables qu'a donnés cette opération, dans les cas où les indications s'étaient judicieusement posées, nous prouvent le mal-fondé d'une pareille attitude. A ce propos un enseignement précieux se dégage des observations publiées par les auteurs qui, tout en étant de fervents adeptes de l'énucléation, ont su choisir minutieusement leurs cas. Ainsi Henri *Hartmann* (Paris) a pratiqué 50 myomectomies abdominales qui ont donné 50 guérisons. Et dans presque tous ces cas, il s'est agi de l'énucléation de fibromes muraux. Le plus souvent il n'y avait qu'un fibrome, quelquefois volumineux, rarement 2, tout à fait exceptionnellement 3. L'absence de mortalité au cours de ces 50 opérations est due, comme le dit l'auteur lui-même, à ce qu'elles ont été faites dans des cas bénins où les indications requises, par rapport au nombre des tumeurs, de leur siège et de la comitance des lésions annexielles, étaient remplies. Ainsi, dans aucun de ces cas il n'existait des adhérences péri-utérines, aucun d'eux ne se compliquait d'annexite ,ou tout au moins ne présentait que des lésions annexielles légères et unilatérales.

Quant à la technique de la Myomectomie, nous avons vu que celle-ci est faite dans la majorité des cas par voie abdominale. La voie vaginale n'est indiquée que pour certaines tumeurs du col et du museau de tan-

che, à accès facile, ainsi que pour des fibromes sous-muqueux, pas trop volumineux, et nettement inclus dans la cavité utérine.

Aucune manœuvre intra-utérine, dans le but d'établir un drainage par voie vaginale, ne sera tentée avant l'opération abdominale.

L'incision sera faite sur la saillie de la tumeur, mais ne devra pas être multipliée de trop. Si les noyaux sont multiples une hystérotomie médiane permettra, dans certains cas, de les énucléer en partant d'une seule incision. En tous les cas, l'énucléation d'un nombre trop grand de fibromes, est à déconseiller.

Il faudra avoir soin, au cours de l'opération, de ne pas léser la muqueuse utérine; cependant, l'ouverture accidentelle de la cavité utérine au cours de l'intervention ne devra pas faire abandonner celle-ci au profit d'opération radicale. Un drainage, même lorsque la cavité aura été ouverte, ne sera en général pas nécessaire.

L'essentiel sera de bien adosser les lèvres de la plaie et de faire un bon capitonnage du lit du fibrome, pour éviter la formation d'hématomes qui risquent de s'infecter dans la suite. Dans certains cas, où le suintement sanguin après l'énucléation est redoutable, un tamponnement à la Mikulicz peut rendre des services.

Une attention spéciale devra être portée à la péritonisation de la plaie utérine à cause du danger d'adhérences postopératoires.

En ce qui concerne la mortalité de l'opération conservatrice, nous avons vu qu'elle est aux environs de 2 %, donc sensiblement égale à celle des opérations radicales.

Quant aux résultats éloignés de la Myomectomie, les opinions sont très divergentes. D'après *Keller* et *Bohler* les troubles persistent dans plus d'un tiers des cas après l'opération conservatrice, alors que d'autres auteurs, tels qu'*Engström*, déclarent que les résultats immédiats et éloignés sont meilleurs que pour l'opération radicale.

Le grand reproche qu'on a fait à la myomectomie, et qu'on est en droit de lui faire, c'est d'exposer les malades à des récidives. Il est évident qu'on ne peut éviter une récidive avec toutes les garanties qu'en enlevant l'utérus. Mais ces récidives ne sont pas aussi fréquentes qu'on l'avait cru pendant longtemps. Et même lorsqu'elles se produisent, elles ne déterminent pas toujours de nouveaux troubles, de sorte que dans beaucoup de cas, malgré la récidive, le succès de l'énucléation est pratiquement bon. En fin de compte, c'est tout ce qu'on veut obtenir. Il sera cependant prudent d'orienter la femme avant l'opération sur les différentes conséquences qu'elle peut avoir.

En ce qui concerne la persistance des métrorrasies et des troubles subjectifs après l'opération conservatrice du fibrome, il est difficile de se faire un jugement objectif, vu que d'une façon presque inévitable la conception subjective des malades, ainsi que celle des opérateurs, intervient pour une grande part.

En somme nous avons vu que la myomectomie a justifié sa place à côté de l'opération radicale. Il ne s'agit pas de vouloir la pratiquer systématiquement. Si elle doit donner de bons résultats, il faut qu'elle soit faite avec de bons indications et dans des cas judicieusement choisis.

OBSERVATIONS

MYOMECTOMIES ABDOMINALES.

Observation No I. — Melle N.. 44 ans, II - pare. Saigne abondamment depuis 15 jours. A l'examen on trouve une tumeur de 8 à 5 cm. soudée à l'utérus, à gauche, mobile avec l'utérus.

17.7.20. opération (Prof. Schickelé), On trouve l'utérus refoulé vers la droite. Dans le ligament large, à gauche, on trouve, entre les deux feuillets, et à leur base, un fibrome mou. Ce n'est qu'après avoir sectionné le ligament large et enlevé la trompe et l'ovaire gauche, qu'on a l'accès indispensable vers la tumeur que l'on réussit à énucléer peu à peu moyennant ciseaux et surtout manoeuvres digitales, en cherchant le plan de clivage à la surface postérieure de la tumeur. L'énucléation est moyennement sanglante. Elle se fait particulièrement bien vers la paroi latérale de l'utérus. Ligature des vaisseaux. Sutures profondes du lit de la tumeur. Hémostase complète. Réunion des deux feuillets du ligament large par suture en points et en surjet. Fermeture de la paroi en plusieurs plans. Phlébite post-opératoire gauche. Bonne guérison.

Observation No 2. — Melle G.. 45 ans, nullipare. Règles régulières mais douloureuses et abondantes. Depuis 1 an douleurs vagues dans le bas-ventre et dans le dos. Douleurs à la miction. Il y a 3 mois crise aigue diagnostiquée comme d'origine appendiculaire. Amélioration par le traitement. Il y a deux semaines nouvelle crise aigue de douleurs très vives dans tout l'abdomen, fièvre, rétention urinaire, constipation. Traitement par la chaleur, amélioration. Les douleurs ont duré 6 jours. Son médecin lui conseille de se faire admettre.

Examen: On palpe une tumeur dure correspondant à un utérus au 2ème mois de grossesse. Dans la région appendiculai-

re résistance oblongue qui parait être l'appendice. Le toucher rectal révèle un col petit, coniforme. L'utérus est irrégulièrement agrandi, a la grosseur d'un utérus gravide de la fin du 2ème mois, présentant plusieurs nodules dont 1 plus grand se trouve sur la paroi postérieure de la partie inférieure du corps. Ovaire gauche palpable, un peu grossi.

Opération (Dr. Keller). Laparotomie: une tumeur dure, grosseur d'un petit poing se présente; elle part du fond de l'utérus atrophié. Des deux côtés tumeurs kystiques de l'ovaire

Extirpation de la tumeur fibreuse siègeant sur le fond de l'utérus, après après avoir un peu refoulé la vessie qui en empêchait l'accès. La cavité utérine n'est pas ouverte. Sutures. Extirpation des kystes ovariens avec les trompes. Pour péritonifier la ligne de suture du fond de l'utérus, on se sert d'un pli de la vessie, qu'on fixe par quelques sutures au capgut. — Appendicectomie — Fermetures — Suites bonnes. —

Observation No 3. — Melle T... âgée de 28 ans, nullipare. Depuis deux ans menstruation irrégulières et abondantes, durant 8 à 10 jours. Vient une première fois à la Clinique en août 1922 pour ses ménorragies. On trouve alors une tumeur du volume d'un poing qui se confond avec l'utérus. Le tout est mobile. Traitement médical. Revient le 9.10. 1922 parce qu'elle a continué à saigner.

Le 12.10. 1922 opération (Prof. Schickelé). Laparotomie, On trouve un utérus agrandi en général qui présente un seul noyau fibromateux dans la ligne médiane. Incision de la coque et énucléation de la tumeur qui a la grandeur d'une mandarine. La cavité utérine n'est pas ouverte. Suture de la poche en plusieurs plans avec des points isolés de catgut. Surjet sur la surface utérine. Suture de la paroi. Suites bonnes.

Observation No 4. — Mme M... 42 ans, 3 accouchements prématurés, 2 fausses couches. Souffre de son bas-ventre depuis 17 ans. Depuis 3 à4 mois pertes blanches, irrégularité des règles, augmentation des douleurs abdominales. A l'examen on trouve un utérus en position intermédiaire, fixé légèrement par les annexes gauches grossies de volume comme un petit oeuf de poule et fixées elles-mêmes. Dans le Douglas une bride. Annexes droite , un peu grossies, fixées, peu sensibles.

15.11. 22. opération (Dr. Keller Dr. Kreis). Laparotomie Après ouverture du péritoine, on constate que les annexes sont libres et de volume normal des deux côtés. Sur la paroi antérieure de l'utérus développé vers la corne gauche, petit noyau fibreux, sous-séreux, de la grosseur d'une châtaigne. Enucléa-

tion du fibrome solitaire. Suture. L'utérus étant en rétroflexion on le fixe par une ligamentopexie typique d'après Doléris. Fermeture habituelle de l'abdomen. Suites opératoires normales jusqu'au jour où la femme se lève. Elle ressent alors de fortes douleurs dans le bas-ventre. Température normale.

Examen: L'utérus est attiré en haut et en avant. Derrière l'utérus, accollée intimement à lui, et allant dans les deux culs-de-sac, mais surtout à droite, on trouve une infiltration douloureuse. Hématome? — Pelvitherme. La température reste toujours normale, les douleurs s'amendent. Surviennent des douleurs dans la jambe gauche, (importance de ce membre).

Examen de sortie: diminution de l'infiltration qui est encore très douloureuse au toucher.

Observation No 5. — Melle M.. 29 ans, nullipare. Depuis 2 ans douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche. Dans les derniers temps augmentation des douleurs. La palpation de la fosse iliaque gauche est douloureuse.

L'examen gynécologique révèle un petit utérus, ballotant avec col fermé et petit. Annexes droites sensibles, annexes gauches normales. — Pelvitherme — Pas d'amélioration. On renouvelle l'examen et on trouve l'utérus en antéflexion mais fixé derrière. On pense à une périmétrite avec fixation des annexes gauches par des brides.

Opération (Dr. Keller, Dr. Burger) — Laparotomie Les annexes sont complètement libres, normales. L'utérus en antéflexion porte deux petits fibromes sous-séreux de la grosseur d'une petite cerise, l'un sur le fond, l'autre vers le milieu de la paroi postérieure. On les énuclée. Suture des deux plaies. L'appendice est long et un peu hyperémié, mais libre. Extirpation. Ligamentopexie d'après Doléris. Suture de la paroi en plusieurs plans. Suites normales.

Observation No 6. — Mme F.. 43 ans, II - pare. Opérée en 1918 pour descente vaginale. Bien portante jusqu'en 1924 où elle avait de nouveau l'impression que quelque chose lui sortait en bas après les règles elle a un écoulement leucorrhéique abondant pendant 2 semaines.

Ex. gyn.: utérus en antéflexion. Col allongé, dont la lèvre antérieure est hypertrophiée et presque au niveau de la vulve. Lèvre postérieure s. p. Etant donné la descente relative de l'utérus une fixation s'impose.

Op. (Prof. Schickelé). Anesthésie locale. Résection de la partie vaginale antérieure faisant prolapsus avec la partie hypertrophiée de la lèvre antérieure du col. Sutures.

Laparotomie (Dr. Kreis). Anesthésie générale. L'utérus est lourd, sur son fond et sur la paroi antérieure noyau fibreux intra-mural de la grosseur d'une petite noix. Léger varicocèle dans le ligament large gauche. On fait une énucléation du noyau fibreux, sutures profondes et superficielles. Vu la lourdeur de l'utérus, l'âge avancé de la patiente, on resèque les deux trompes et l'on fixe l'utérus (le corps) avec des fils de soie à la paroi abdominale antérieure. Fermeture de l'abdomen en trois plans. Suites bonnes.

Observation No 7. — Mme H.. 43 ans. I - pare, Depuis quelques mois douleurs au niveau de la région du coccyx, qu'elle attribue à un ancien accident. N'a jamais éprouvé de douleurs dans le bas-ventre.

Ex. Gyn.: Petite descente. Col très long, devant l'axe du vagin. Utérus en rétroversion-flexion, pas à mobiliser en avant. Annexes pas à palper. Poussées sub-fébriles vespérales, dont on n'arrive pas à dépister la cause.

Laparotomie. Après ouverture du péritoine on constate un gros utérus rétrofléchi, enclavé dans le Douglas, mais pas fixé, portant un fibrome de la taille d'une noix verte sur sa corne gauche. Enucléation. Sutures. Appendice s. p, Les annexes sont saines et laissées en place. Fixation de l'utérus d'après Doléris. Fermeture en 4 plans. Suites bonnes.

Observation No 8. — Mme A.. 34 ans, nullipare. Depuis 15 jours sensation de pesanteur et tiraillements dans l'abdomen, douleurs à la miction et à la selle.

A la palpation de l'abdomen on sent une grosse tumeur remontant à gauche jusqu'à l'ombilic, et mobilisable vers le haut.

Ex. gyn. Col petit, fermé. L'utérus semble se trouver vers la gauche et derrière la tumeur. Les mouvements imprimés à celle-ci se répercutent au col.

I.5.29. op. (Prof, Reeb) Laparotomie, Il y a un tout petit peu de liquide clair dans le péritoine. Le fibrome est implanté par un long pédicule sur le fond et la paroi antérieure de l'utérus. Il a les dimensions d'une tête d'enfant. On sectionne le pédicule sur l'utérus lui-même. Hémorragie assez notable. Sutures de l'utérus en deux plans. — Appendicectomie. Fermeture sans drainage. Température de 38° pendant 8 jours. Bonne guérison.

Ex. hystologique de la pièce: Myofibrome présentant de très nombreux kystes.

Observation No 9. — Mme G.. 30 ans, nullipare. Depuis 2 mois douleurs dans le bas-ventre. En traitement pour cystite.

Dix jours après les dernières règles, la femme a des pertes sanguines accompagnées de douleurs. Malgré repos et vessie de glace, les hémorragies ne cessent pas. Admission à la Clinique.

Dans le Douglas on sent une tuméfaction douloureuse. Sur la tumeur repose l'utérus qu'on n'arrive pas à délimiter. Température 38°. — Traitement par la chaleur pendant 15 jours, puis intervention.

Op. (Prof. Reeb). Laparotomie On tombe aussitôt sur la matrice qu'on amarre par un petit fibrome qu'elle porte près de la corne gauche. — Gros pyovaire droit avec adhérences au mésoappendice. Un liquide puriforme verdâtre s'écoule par une petite perforation du pyovaire faite pendant le décollement. Ablation typique des annexes droites. On énuclée le petit fibrome utérin à la base duquel on met un point en U. — Ablation de la trompe gauche qui est épaissie et coudée. On péritonise en partie avec les deux ligaments ronds. — Fermeture de la paroi.

Dans les jours qui suivent ascension de la température à 37°8, ventre un peu ballonné, régurgitations. On constate de la pyurie. Tout autour du col il existe un peu d'infiltration qui régresse dans la suite. **Bonne guérison.**

Observation No 10. — (due à l'obligeance de M. le Dr. Keller, Ecole des Sages-Femmes) — Mme St.. 35 ans, pas de grossesse. Myomectomie le 21.5.30; 3 mois auparavant, symptômes de torsion, pas diagnostiqués. Maintenant, douleurs et augmentation de volume de l'abdomen. Lors de l'opération on trouve un gros fibrome du fond de l'utérus. Toute la masse, utérus et fibrome, a fait une torsion sur le col de l'utérus de 180°, dans le sens de gauche à droite, vue d'en haut. Il existe de larges adhérences de l'épiploon avec le sommet du fibrome, fortement vascularisées. Ablation du fibrome au niveau du pédicule. Suture de l'utérus, hémostase délicate à faire. Suites bonnes.

ObservationNo. 11. — (Ecole des Sages-Femmes) — Mme D.. 29 ans, nullipare. Depuis deux mois pertes de sang continuelles, pas de douleurs!

A l'examen on constate que la femme saigne légèrement. L'orifice externe est fermé. L'utérus légèrement grossi de volume est en antéflexion et mobile. Partant de la paroi postérieure, à la hauteur du corps utérin, myome de la grandeur d'une grande pomme, assez mobile, sous-séreux, emplissant le Douglas. Annexes libres. On administre l'ergotine qui n'est pas supportée. Vu l'âge jeune du myome on se décide à la Myomectomie.

Op. (Prof.Reeb) — Laparotomie . Le péritoine ouvert on voit partant de la paroi postérieure de l'utérus, à la limite du col et du corps, un myome sous-séreux non pédiculisé, grand comme une pomme. Incision et détachement du péritoine. Incision du muscle utérin au niveau du Myome. On trouve facilement un plan de clivage permettant l'ablation complète du myome sans ouverture de la cavité utérine. Suture au catgut du nid de la tumeur. Recouvrement péritonéal parfait. Fermeture de la paroi.

Suites afébriles. La malade se lève le 18.6. Le 22,6, pertes sanguines par le vagin, qui continuent pendant quelques jours malgré ergotine. Le 25.6. on pratique en légère narcose un curetage de l'utérus qui ramène de la muqueuse non épaissie, un petit noyau fibreux dans le canal cervical. Tamponnement à la sonde. Le tampon est retiré le lendemain. Le 28.6. la malade ne saigne plus. Suites normales.

Observation No 12. — (Ecole des Sages-Femmes) — Mme K... 28 ans, pas d'enfant, avortement du cinquième mois au mois d'août 1923. Après son avortement elle sentit quelques douleurs dans le bas-ventre du côté gauche. Vient consulter à la Polyclinique en octobre, où l'on constate une tumeur dure faisant corps avec l'utérus, semblant continuer la trompe gauche. Grandeur de deux poings. Cependant la femme ne s'est ressentie de rien jusqu'au jour où elle a été prise d'envies fréquentes d'uriner.

A la palpation, on trouve une grosse tumeur dans le bas-ventre, au-dessus de la symphyse. Au toucher on palpe un utérus de 3ème mois, grossi de volume vers le côté gauche. Du côté droit on sent une tumeur venant de la face postérieure et montant assez haut dans la iliaque droite, et très dure, l'utérus lui-même étant de consistance dure.

Le 4.I.24. Op. (Prof, Reeb) — Laparotomie, On trouve une tumeur kystique de l'ovaire gauche, d'un gros poing, puis on aperçoit l'utérus qui est surélevé par une tumeur dure qui est partiellement derrière lui. On soulève cette tumeur et on voit qu'il s'agit d'un fibrome de la grosseur d'un poing, qui part du fond, et qui, en toumbant dans le Douglas a fait basculer l'utérus. L'anse sigmoïde est en partie adhérente à la tumeur. On détache ces adhérences et on constate qu'il sera aisé d'énucléer le fibrome du fond. On procède à l'énucléation du fibrome. Suture des tranches de l'utérus. La ligne de suture est recouverte avec le péritoine de la vessie. Fermeture de la paroi. Suites bonnes.

Observation No 12. a. — Mme X.. 31 ans, chez laquelle M, le Professeur REEB a eu l'occasion de pratiquer une triple myomectomie et qui devint enceinte 4 ans après l'opération. La grossesse et l'accouchement se passèrent normalement, exception faite de la nécessité d'appliquer un forceps au détroit inférieur à cause de l'épuisement de la mère.

Le premier fibrome, sous-sereux et pediculé, fut enlevé très facilement; le second fibrome, grandeur d'un poing, siègeant sous la corne droite, interstitiel, fut énucléé. Le troisième fibrome, grandeur d'une tête d'adulte, enclavé dans le Douglas, était accolé largement, sans pédicule, à toute la paroi postérieure de l'utérus: on dut entamer cette paroi assez profondément à cause d'un noyau isolé qui y pénétrait assez loin. Péritonisation parfaite de la paroi postérieure; pour compléter la péritonisation de la corne droite, on dut y coller le mésosalpinx droit. La trompe droite, fortement coudée, fut réséquée à cause de la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

MYOMECTOMIES VAGINALES.

Observation No 13. — Mme B... III - pare (2 sièges et 1 accouchement prématuré du 7ème mois avec placenta praevia. Après le 1er accouchement décollement manuel du placenta.) Depuis le dernier accouchement pertes de sang assez abondantes. Dans les derniers temps nausées et vomissemnts. Le médecin adresse la femme à la Clinique parce qu'il trouve l'utérus agrandi et le col perméable.

A l'examen on trouve un ventre ballonné avec météorisme et gargouillements. Dans la ligne médiane, on palpe une tumeur dépassant la symphyse d'un bon travers de main, irrégulièrement bosselée. Ecoulement grumeleux, purulent, par le vagin. Col largement perméable pour un doigt. On sent dans la cavité une masse molle, en voie d'expulsion. On fait le diagnostic de fibrome sous-muqueux sphacelé. L'utérus est gros comme un utérus gravide du 5 — 6ème mois.

Op. (Dr. Keller — Dr. Kreis) — Rachi-anesthésie, Circoncision de la paroi vaginale près de l'orifice externe, refoulement de la paroi vaginale antérieure et de la vessie, section de la paroi antérieure du col. Le fibrome sous-muqueux parait inséré sur une large base à la paroi antérieure du corps et il est impossible, soit de le décoller avec le doigt, soit de l'attirer. A l'aide d'un tire-bouchon on saisit le pôle inférieur et on procède à un morcellement très pénible. Pendant le morcellement il s'écoule pasablement de pus qui semble avoir été retenu dans les par-

ties hautes de la cavité utérine. Révision de la cavité qui est vide. Drainage de l'utérus par un gros drain et un tampon. Suites normales.

Observation No 14. — Mme F.. 33 ans, I - pare. Une première fois à la Clinique en aout 1923 pour des métrorragies. On avait alors diagnostiqué un fibrome sous-muqueux avec des restes d'avortement. Un curage puis un curetiage a été pratiqué; à la sortie de la Clinique la femme allait bien et ne saignait plus. La malade revient le 1.5.24. Depuis 1 mois elle a de nouveau des pertes sanguines accompagnées de fortes douleurs dans le bas-ventre.

A l'examen gynécologique on trouve un col ouvert, perméable pour un doigt; au-dessus de l'orifice interne on palpe une tumeur dure, fibreuse, de la grosseur d'une bonne châtaigne. L'utérus est agrandi, en rétroflexion, fixé. Mobilisation douloureuse. Annexes s. p.

5.5.24. op. (Dr, Burger), Anesthésie générale, Après avoir attiré le col à l'aide d'un Museaux on incise sa lèvre antérieure sur la ligne médiane. Décollement de la muqueuse vaginale et refoulement de la vessie, puis prolongation de la 1ère incision sur une longueur de 4 cm. Cette incision permet d'entrer facilement dans l'utérus. On attire le fibrome qui s'insère sur le fond de l'utérus. Par la traction sur le fibrome la plus grande partie de la tumeur se déchire, on parvient cependant à attirer le restant de la tumeur qu'on extirpe. Tamponnement de l'utérus. Fermeture à points isolés d'abord de l'incision du col, ensuite de la muqueuse vaginale. Suites bonnes.

Observation No 15. — Mme S.. 49 ans. 5 grossesses toujours suivies d'hémorragies après l'accouchement. Depuis 3 mois, pertes abondantes presque continuelles.

Ex. gyn: Col entr'ouvert perméable pour un doigt. On sent le pôle inférieur d'une tumeur arrondie qui se poursuit vers le haut. Utérus de la taille d'un utérus du 3ème mois. 4 jours après son admission à la Clinique la femme est prise subitement d'une hémorragie extrêmement violente.

Op. (Dr. Keller — Dr. Burger) Hysterotomie antérieure typique après refoulement de la vessie. Après incision du col jusque dans les parages de l'orifice interne, on réussit à saisir la tumeur par son pôle inférieur et on réussit à l'énucléer en partie à l'aide des ciseaux courbes, en partie à l'aide du doigt. Elle est développée librement dans la cavité utérine avec la moitié de son volume environ. Volume d'une orange. Suture du col. Tamponnement de la cavité utérine. Suture de la paroi vaginale antérieure. (mèche sous la muqueuse). Suites bonnes.

Observation No 16. — Mme M.. 39 ans, I - pare. Après son accouchement datant d'il y a 1 an, sub-involution utérine, se manifestant par des pertes sanguines assez fortes pendant quelques jours. Déchirure du périnée. La suture n'a pas tenu. La malade vient pour sa déchirure du périnée. Aucune douleur.

Ex. gyn. — utérus en rétro-position augmenté de volume, d'apparence par un fibrome de la paroi utérine gauche, coiffant la corne, et du volume d'une petite mandarine. Le tout est bien mobile. Déchirure incomplète du périnée.

29.4.25. op. (Prof, Schickelé) — Résection et avivement ovalaire de la paroi vaginale antérieure. On décolle et refoule la vessie vers le haut. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin après protection de la vessie. L'utérus se laisse facilement luxer au travers de la brèche ainsi aménagée et on constate alors que le fibrome, du volume d'une poire, est situé sur le front et la paroi antérieure de la matrice, entre les insertions des deux trompes. Par une incision circulaire, on énuclée par morceaux le fibrome en voie d'autolyse. Par des points profonds au catgut on procède au capitonnage de la cavité ainsi formée. Les mêmes fils sont utilisés pour la suture des différents plans. La cavité utérine ne parait pas avoir été ouverte au cours de ces manoeuvres. — Extirpation des annexes gauche, rupture d'un follicule pendant cette extirpation. Exérése de la trompe droite. On laisse en place l'ovaire droit. Après refoulement du fond utérinvers la cavité abdminale, on termine par une vagino-fixation de l'utérus. Colpopérinéorraphie postérieure typique, accompagnée par une myorraphie des releveurs. Sonde à demeure, Tamponnement vaginal.

Dans les jours qui suivent élévation de la température à 38°. Douleurs dans le bas-ventre. Empâtement douloureux dans la fosse iliaque droite. — Coussin électrique. — Survient un écoulement de pus fétide mélangé avec un peu de sang. Irrigations prudentes. Chute de la température. Diminution des pertes. A l'examen on trouve une légère infiltration des deux côtés du col, indolore. Suites bonnes.

Observation No 17. — Mme M.. 43 ans, II - pare. Depuis un an ménorragies et douleurs dans la fosse iliaque droite.

Ex. gyn.: utérus agrandi du volume d'un utérus du 3ème mois. Col béant. Il sort un fibrome sous-muqueux acollé à la paroi gauche du col.

Op. (Dr. Keller, Dr. Burger) — Hysterotomie vaginale antérieure. On poursuit l'incision de l'utérus suffisamment haut afin de faciliter l'énucléation du fibrome. Au cours de cette manoeuvre le cul-de-sac péritonéal se déchire. Le fibrome est

très volumineux et possède une large base d'implantation sur la paroi antérieure de l'utérus. Incision de la capsule. Comme il est impossible de l'enlever en bloc, on procède à son morcellement au bistouris, après avoir commencé à le décoller au doigt. Cette manoeuvre est très pénible et le suintement sanguin est assez important. Une fois la tumeur extirpée on fait une révision de la cavité utérine, qui est intacte. Suture par 3 catguts de la déchirure faite au cul-de-sac péritonéal antérieure. Suture au catgut des lèvres utérines de l'incision. Tamponnement utérin. Suture de la paroi vaginale, après placement d'une mèche dans la zône de décollement vésico-utérine. Tamponnement vaginal. Sonde à demeure. — La malade saigne légèrement après l'opération. 8 jours après tout est en ordre, les culs-de-sac sont souples et indolores.

Observation No 18. — Mme G.. 52 ans, IV - pare. Depuis 1 mois pertes sanguines mélangées de caillots. Douleurs dans le bas-ventre.

Ex. gyn.: Utérus grossi, taille 6ème semaine, col béant, par lequel sort un fibrome sous-muqueux sphacelé. Ecoulement leucorrhéique, fétide. — Désinfection au Dakin.

Op. (Dr. Burger) — Hysterotomie vaginale antérieure. Incision longitudinale de la lèvre antérieure du col, refoulement de la vessie. On pratique l'énucléation du fibrome qui est très friable. Le fibrome est de la taille d'une mandarine et présente une base d'implantation sur la paroi utérine antérieure. L'hémorragie est peu importante. Suture de la lèvre antérieure du col et du vagin. Tamponnemnt utérin et vaginal. Suites bonnes.

Observation No 19. — Mme B.. 45 ans, IV - pare. Depuis 15 jours, depuis le début de ses dernières règles, souffre de fortes douleurs crampoïdes dans l'hypogastre. Ces phénomènes ne cèdant pas, son médecin l'adresse à la Clinique.

Ex. gyn. Col derrière la symphyse, dans l'orifice de petites parties nécrotiques. Utérus correspondant au 2—3ème mois d'une grossesse, en rétroflexion, difficile à mobiliser. Annexes pas à palper.

Op. (Dr. Kreis). On réussit en accrochant successivement les masses avec des pinces Collin, à sortir la plus grande partie jusqu'au pédicule qui se trouve sur la paroi postérieure derrière l'orifice interne. On effrite ce pédicule avec des petits coups de ciseaux, et par portions on arrive à sortir à peu près tout. Au doigt repérant la cavité utérine, on la trouve lisse, la base d'insertion ne se distingue à peine. On curette légèrement la paroi

postérieure et on tamponne. Les masses sorties correspondent à une main pleine. Suites normales.

Observation No 20. — Mme F.. 44 ans, I - pare. Depuis 6 mois les règles sont très abondantes et douloureuses. Crampes rappelant les douleurs de l'accouchement. Dans l'intervalle pertes jaunes abondantes incommodant la malade.

Ex. gyn. Pertes muco-sanguinolentes abondantes. Col évasé, largement perméable pour un doigt. A la hauteur de l'orifice interne on palpe le pôle inférieur d'une tumeur de la grosseur d'un oeuf de poule paraissant largement sessible au fond de l'utérus. Celui-ci a la grosseur d'un poing. A gauche, et vers la corne, existe un petit fibrome sous-séreux gros comme une noix.

Op. (Dr. Burger) Hysterotomie antérieure typique. L'orifice interne franchi, on saisit la tumeur fibreuse avec un Collin et on l'extrait par énucléation après section de sa coque. (Fibrome de la taille d'une petite poire, début de sphacèle). Pas d'hémorragie. Suture. Tamponnement. Sonde à demeure. Suites bonnes.

Observation No 21. — Mme G.. 41 ans, IV - pare. Depuis 2 ans prolapsus génital. Troubles de la miction.

A l'examen on trouve un bassin rachitique, une descente de toute la paroi antérieure du vagin avec grande cystocèle.

Op. (Prof. Reeb). Incision du cul-de-sac antérieur. On attire l'utérus en le basculant. Sur le fond on trouve un fibrome qu'on arrive à énucléer facilement. On resèque les deux trompes sur la plus grande étendue possible. On fixe le péritoine antérieur sur celui de la face postérieure de la matrice. Amputation du col qui saigne beaucoup. Fermeture du vagin au-devant de l'utérus. Périnéorraphie postérieure. Suites bonnes.

Observation No 22. — Mme F.. 34 ans, nullipare. 15 jours après sa dernière menstruation la malade a des hémorragies qui ont décidé son admission à la Clinique.

Ex. gyn. Col perméable à la pulpe. On sent dans le canal cervical une masse fibreuse dure qui semble adhérente à la paroi antérieure du col.

Op. (Prof. Reeb). Incision latérale du col, à droite et à gauche, qui permet de voir en entier le nodule fibreux de la paroi antérieure du col, fortement sessible. En arriere, au niveau de l'orifice interne, on sent également un petit nodule fibreux, que l'on extirpe facilement. Curettage de la cavité qui ramène peu de matière. Excision du nodule fibreux antérieur qui n'est pas entouré d'une coque, et qui est fortement adhérent au col. Légère hémorragie qui est facilement arrêtée par 2 points au catgut. Fermeture du col par points séparés. Mèche. Suites normales.

DEUXIEME PARTIE.

La myomectomie pendant la grossesse.

INTRODUCTION.

Depuis que *Martin* de *Berlin* a pour la première fois en 1878 tenté la myomectomie abdominale pendant la grossesse, cette intervention a trouvé de nos jours de nombreux adeptes, tant en France qu'à l'étranger. Les heureux résultats obtenus par la plupart d'eux, nous inciteront à étendre de plus en plus les indications de la chirurgie conservatrice du myome, aussi bien pendant, qu'en dehors de la grossesse.

Dans la première partie de ce travail nous avons vu les avantages de la méthode conservatrice dans la chirurgie du fibrome. Un des plus importants de ces avantages, avons-nous dit, est la conservation des fonctions de reproduction. Mais alors que ce n'est qu'un organe susceptible de concevoir que nous conservons ainsi à la femme, il en est tout autre pendant la grossesse, où le produit de conception est déjà là. C'est lui que nous chercherons avant tout à sauver, avec la vie de la mère, et nous ne considérerons qu'en second lieu la possibilité de grossesses ultérieures.

On comprendra donc que la thérapeutique qui, dans le temps, était active à l'extrême, et qui avec le diagnostic, «myome et grossesse» voyait déjà donnée l'indication d'une interruption de la grossesse ou d'une intervention mutilante sur la matrice gravide , soit devenue de nos jours très conservatrice. Dans la grande majorité des cas où la grossesse est compliquée d'un fibrome, vu l'évolution généralement normale de

celle-là, on restera dans l'expectative et on n'interviendra que lorsque la santé ou la vie de la malade seront en danger. C'est là la conclusion de la discussion de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatries (Paris 1901) que *Pozzi*, un des premiers défenseurs de la myomectomie, a très bien résumé en ces termes : «L'expectative est une règle à peu près absolue ; alors même que, durant la grossesse, le volume, la situation, l'immobilité de la tumeur donneraient l'assurance que l'accouchement sera laborieux, voire même impossible, on ne sera pas autorisé à sacrifier l'enfant, il faudra attendre le terme de la grossesse ou le début du travail, s'est alors seulement, suivant les circonstances, qu'on se décidera à intervenir. L'intervention n'est légitimée pendant la grossesse que quand surviennent des accidents graves pouvant compromettre la vie de la femme».

Deux éventualités pourront se présenter à nous :

1) ou bien on sera obligé d'intervenir, pour un fibrome compliquant la grossesse avant le terme de cette grossesse, et la myomectomie, en laissant en place l'organe réproducteur, permettra, dans la plupart des cas, l'évolution de la grossesse jusqu'à terme. Ce sera donc l'opération idéale.

2) ou bien on sera autorisé à temporiser jusque vers la fin de la grossesse, et une section césarienne suivie de la myomectomie, si celle-ci est pratiquable, nous permettra également d'avoir un enfant vivant, avec par dessus le marché, la conservation de l'organe reproducteur. Dans le cas où la myomectomie n'est pas réalisable, la césarienne sera suivie d'une hystérectomie subtotale, qui débarrassera la malade en même temps de ses fibromes.

Voyons maintenant quelles sont les complications qui pourront nous forcer à intervenir, et quelles seront dans ces cas les indications de la myomectomie.

Pour plus de clarté, nous traiterons en chapitres différentes :

a) de la myomectomie au cours de la grossesse ;
b) de la myomectomie pendant le travail ;
c) de la myomectomie pendant les suites de couches.

A. — *La myomectomie au cours de la grossesse.*

1) *Indications opératoires générales :*

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, le diagnostic «fibrome et grossesse» ne permet pas ipso facto de poser une indication opératoire. Loin de là. Aussi nous ne pouvons pas approuver les chirurgiens qui, tels que A. P, *Heineck* (Chicago), voient dans la présence d'un fibrome, au cours de la grossesse, toujours une raison pour intervenir. Ces auteurs font remarquer que les fibromes comportent un réel danger, qu'ils provoquent souvent l'avortement, le travail prématuré ou la mort du fœtus avec rétention de l'œuf dans l'utérus. En outre, une tumeur du col pourrait gêner la dilatation, et les fibromes du corps gêneraient et diminueraient les contractions utérines. En réalité, ces complications sont rares et ne permettent pas de poser en principe l'opération du fibrome pendant la grossesse, opération qui est bien plus dangereuse pour la vie de l'enfant, lorsqu'elle est faite sans indications sérieuses.

Nous aurons avant tout le respect de la vie de l'enfant et n'exposerons pas celle-ci aux dangers d'interruption de grossesse pour une tumeur qui, la plupart du

temps, dans 80 à 85% des cas, ne fait pas de complications pendant la grossesse. On aura donc le droit de temporiser et d'attendre que des complications sérieuses viennent dicter l'intervention.

Dans son étude sur «fibromes et gestation», parue dans «Gynécologie et Obstétrique 1921», M. le Professeur *Reeb* distingue 2 catégories de fibromes susceptibles ou non de créer des complications pendant la grossesse ou des difficultés pendant l'accouchement :

a) «le fibrome interstitiel, superficiel et sous-séreux, à large base, de la grosseur de 1 ou 2 poings, surtout s'il siège sur le côté de la matrice et s'il est solitaire; le fibrome du fond et de la corne, de même dimension; le fibrome interstitiel ou sous-séreux de la paroi postérieure du col; le fibrome de la paroi latérale supérieure du col et du segment inférieur, *n'arrête pas en général l'évolution de la grossesse, et ne produit pas de complications graves pendant sa durée.*

b) de gros fibromes du corps, en grand nombre; un très grand fibrome du fond; un siège intraligamentaire ou complètement rétrovésical du col, sous-muqueux, interstitiel profond, sous-séreux pédiculé du corps enclavé dans le bassin, *produit plus facilement des complications et peut arrêter l'évolution de la grossesse*».

Dans la première catégorie de fibromes compliquant la grossesse on se bornera donc à surveiller les malades et à rectifier, au besoin, une déviation ou une rétroflexion : c'est le statut de la paix armée (*Reeb*).

Des complications graves que nous allons étudier maintenant pourront par contre être créées par la seconde catégorie de fibromes, et constituer par là une indication opératoire impérieuse.

a) *Indications provenant de troubles d'origyine mécanique.*

Tous les auteurs ont pu constater que des fibromes s'hypertrophient pendant la grossesse et prennent des dimensions considérables. La croissance anormale de ces tumeurs sur un utérus gravide peut donner lieu à des troubles de compression du rectum (constipation, occlusion), de l'urètre et de la vessie (troubles de la miction, rétention d'urines avec menaces d'infection de la vessie et des voies urinaires supérieures), des uretères (distension douloureuse du bassinet, néphrose, pyonéphrose, anurie), compression nerveuse se traduisant par des douleurs névralgiques qui peuvent acquérir une grande intensité, compression des troncs veineux du bassin (oedème, thrombophlébite, varices, et enfin de fâcheux retentissements sur le cœur et les poumons, surtout lorsqu'il s'agit de grandes tumeurs, peuvent constituer l'indication principale de l'intervention.

Voisi 3 cas, opérés par M. le Professeur *Reeb*, où la tumeur a produit de la compression de la vessie avec rétention d'urine :

Observation No 23. — «Mme F..., 23 ans, I, pare, mariée depuis quatre mois, règles normales, peu abondantes, dernières règles le 3 avril. Se présente à la consultation le 1er juillet et se plaint d'être obligée d'uriner très souvent et de ressentir après la miction des douleurs qui ne font qu'augmenter depuis quelques jours; croit être enceinte. On constate au palper abdominal une résistance assez molle à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse, et qui se perd dans le bassin. Examen gynécologique: vagin violacé, étroit; le col est court, loin de la symphyse, à hauteur normale, l'orifice externe fermé. La tumeur au-dessus de la symphyse est l'utérus gravide d'environ 10 à 11 semaines qui se contracte pendant l'examen. Dans le cul-de-sac antérieur qui est fortement abaissé on sent une tu-

meur dure, de la grandeur d'un poing, semblant faire corps avec la paroi intérieure de la matrice et n'étant pas mobile par rapport à celle-ci. En élevant le col, la tumeur suit l'ascension de la matrice, et se perçoit derrière la symphyse. Le cathétérisme est facile; l'urine est trouble, contient des cellules vésicales et des leucocytes. On diagnostique une tumeur anté-utérine, peut-être un fibrome ou un dermoïde et, vu les symptômes de compression de la vessie qui ne feront que s'accroître dans la suite, on propose une opération. Laparotomie: on trouve une matrice enceinte d'à peu près trois mois en antéflexion et rétroposition, la paroi antérieure est très courte, les ovaires sont à leur place normale, l'excavation vésico-utérine existe à peine. Sous le péritoine, qui va de la paroi antérieure de la matrice à la paroi postérieure de la vessie, on sent nettement la tumeur dure et ronde reconnue au toucher. Incision et décollement du péritoine d'une ligament rond à l'autre; la tumeur apparait: c'est un fibrome prenant son origine dans la paroi antérieure du col, et remontant jusque sur la paroi antérieure du corps. On enfonce un tire-bouchon dans la tumeur et l'attire en haut; on continue à décoller le péritoine et à le refouler vers le bas; la capsule du fibrome est incisée et on réussit à énucléer complètement la tumeur qui a la grandeur d'un petit poing, sans ouvrir la cavité cervicale; l'hémorragie est moyenne; on referme avec quelques sutures la paroi antérieure du col, le péritoine est ramené et toute la loge du fibrome est ainsi péritonisée. Suites normales; la malade a le surlendemain quelques douleurs dans les reins et un léger suintement sanguin par le vagin. Mais l'avortement ne se produit pas et la malade quitte la maison de santé le vingt quatrième jour. La grossesse évolue normalement; accouchement à terme le 6 janvier, normal en vingt-deux heures; la période de dilatation et l'effacement du col n'ont présenté aucune particularité.

Observation No 24. — Mme I... 33 ans, II - pare, règles régulières sans douleurs. Vers le 15 janvier 1920 la femme a des difficultés d'uriner et souffre de brûlures après la miction. Le 6 mars, impossibilité complète d'uriner. La sage-femme est obligée de la sonder tous les jours. Le 10 mars, la jambe gauche enfle et est douloureuse. Le médecin envoie la malade le 13 mars à la Clinique avec le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine, avec hématocèle rétro-utérine. Examen à l'entrée le13 mars: température 38°, pouls 108. Thrombo-phlébite de la jambe gauche. L'abdomen est augmenté de volume. Tumeur médiane élastique montant à deux travers de doigts au-dessus

du nombril, douloureuse à la pression; à droite grosse tumeur diffuse se perdant dans le petit bassin. Examen gynécologique: écoulement involontaire d'urine; vagin violacé, le col est au-dessus et tout près de la symphyse. Le Douglas est rempli d'une grosse tumeur de consistance inégale. On sonde immédiatement et on prélève un litre et demi d'urine trouble, alcaline, contenant des filaments sanguins, des leucocytes, un peu d'albumine, pas de cylindres.

La tumeur élastique médiane disparait après le sondage. On diagnostique une rétro-flexion avec incarcération d'un utérus gravide du 4ème mois, compliquée de fibrome également enclavé en partie dans le petit bassin; cystite avec ischiurie paradoxe occasionnée par l'incarcération de la matrice et du fibrome. Il y a indication stricte d'intervenir. On essaye d'abord en anesthésie et en position de Trendelenburg de repousser les parties enclavées dans le Douglas, mais la manoeuvre ne réussissant pas d'emblée, on n'insiste pas et on passe à la laparotomie. On trouve un utérus gravide du 4ème mois enclavé dans le petit bassin vers la gauche, et une tumeur, fibreuse de la grosseur de deux poings se trouvant sur le côté droit de la matrice et descendant en partie également dans le Douglas. La matrice contient encore une masse d'autres fibromes plus petits et un fibrome de la grosseur d'un petit oeuf dans le col, sous le gros fibrome. Comme il semble impossible de faire l'énucléation du gros fibrome et qu'en outre, il y a encore d'autres fibromes dans la matrice, on procède à l'extirpation sub-totale. Technique habituelle. Suites normales. La cystite guérit rapidement.

Observation No 25. — Mme X... nullipare, de 40, ans, mariée depuis 10 ans. Dernières règles: 22—25 décembre 1928. Vient consulter en avril 1929 pour des douleurs lombaires et des douleurs dans le bas-ventre. Difficultés en urinant. Urines troubles et malodorantes, constipation opinâtre.

Diagnostic: grossesse 4—5 mois, dans une matrice parsemée de petits fibromes avec, en plus, un gros fibrome enclavé dans le Douglas provoquant de la compression du col vésical et de l'urètre, et des troubles à la miction. Cystite à colibacilles. On essaye de refouler le fibrome siègeant dans le Douglas, en position de Trendelenburg et en génu-pectorale, sans résultat. Vu la compression de la vessie et son infection déjà manifeste, l'intervention par laparotomie est décidée pour savoir s'il y a moyen de débloquer le fibrome et d'en faire l'énucléation. La laparotomie faite, il est impossible de développer le fibrome. On est obligé de faire l'exérèse de l'utérus gravide avec la tumeur du Douglas en pratiquant une subtotale. Suites normales.

Comme nous pouvons le voir, l'énucléation n'a été possible que dans un seul de ces trois cas.

Voici par contre 3 autres cas où l'indication d'intervenir a été fournie par les douleurs. Dans les 3 cas l'énucléation a pu être faite; malheureusement une des femmes est morte 4 jours après l'opération par suite d'asystolie et d'urémie consécutive.

Observation No 26. — (due à l'obligeance de M. le Dr. Keller. Ecole des Sages-Femmes). Mme M... 35 ans, mariée depuis 9 ans, jamais de grossesse. Vient le 10.12.28, pour douleurs vagues dans le bas-ventre. Début de ces douleurs il y a 8 semaines. Dernières règles mi-septembre. Troubles digestifs et sympathiques (vomissements). Pollakiurie.

A l'examen on trouve un col refoulé très haut derrière la symphyse, de consistance dure et attiré par une tumeur fibreuse remplissant le Douglas et faisant corps avec une autre tumeur se perdant vers le haut. Diagnostic: tumeur fibreuse rétro-utérine avec peut-être grossesse.

La femme est réexaminée le 13.12.28. Status idem, On n'arrive pas à exclure la grossesse. Pour cette raison on se décide à ne pas intervenir. La femme rentre tout en restant en contact avec la clinique.

Revient le 27.12.28. Dans la nuit du 26 début brusque de douleurs abdominales et lombaires, intenses et allant en augmentant. Caractère de ces douleurs: crampes durant 2 à 5 minutes et apparaissant toutes les 5 à 10 minutes. Les vomissements persistent toujours.

A l'examen on trouve un abdomen augmenté de volume. A la hauteur de l'ombilic on palpe une grosse tumeur émergeant du bassin, qui est douloureuse à la pression. Le col est refoulé derrière la symphyse, paraissant en continuité avec une tumeur médiane, remontant à l'ombilic, et paraissant augmenté depuis l'examen du 13 12. 1928. Le Douglas est rempli par une grosse masse fibreuse dure, douloureuse, et largement fixée à la tumeur médiane. Vu la continuité et l'importance des douleurs on se décide à l'intervention.

Laparotomie. Après ouverture du péritoine on constate une grosse tuméfaction du petit bassin, se composant d'une tumeur siègeant sur la face antérieure utérine, du volume d'un oeuf d'oie, d'une autre partant de la paroi postérieure, entrant dans le Douglas, de la grandeur de deux poings, et de l'utérus gravide

se trouvant entre les deux, farci d'une quantité de fibromes de la taille d'un petit pois jusqu'à une noix. On se décide à essayer la myomectomie pour conserver la grossesse et on arrive effectivement à extirper les deux tumeurs principales sans endommager les parois de l'utérus et sans hémorragie notable. Un troisième noyau se trouve dans la corne utérine droite, du volume d'une grosse prune; il est énucléé. Fermeture de la paroi.

Les douleurs ont cessé complètement. Bonne cicatrisation. A l'examen pratiqué le 12.1.29. on trouve un col fermé ne saignant pas; l'utérus est mou et agrandi, 4ème mois. Le 13.1.29. la malade quitte le service.

La malade a accouché à terme d'un enfant bien vivant. Une application de forceps pour lenteur du travail a toutefois été nécessaire.

Observation No 27. — Mme M.. Nullipare, âgée de 30 ans. Entre à la Clinique le 25.3.22. Dernières règles il y a 2 mois. Les règles avaient cessé pendant 6 semaines lorsque la malade eut de légères pertes sanguines pendant deux jours. Depuis le 26.2. malaise général, douleurs dans le côté gauche.

A l'examen on trouve à la palpation de l'abdomen une dolorisité du côté gauche dans le bas-ventre. Le toucher révèle une matrice agrandie correspondant à une grossesse de 10 semaines. Intimement collée à la matrice on palpe une tumeur de la grosseur d'un oeuf de poule, sensible au palper.

Le 28.3. op. (Prof. Reeb) Incision médiane sous-ombilicale, On aperçoit deux fibromes légèrement pédiculés de la paroi antérieure de la matrice enceinte de 10 semaines environ. Enucléation des fibromes. Suture de la paroi abdominale en plusieurs plans. Bonne guérison. Le 14.4, la malade quitte la Clinique. La grossesse continue.

Observation No 28. — Mme G.. 37 ans, pas de grossesse, ni fausse couche. La malade entre à la Clinique parce qu'elle a remarqué que son abdomen a augmenté passablement de volume depuis 3 à 4 mois. De plus, elle sent depuis 5 semaines une tumeur, et elle a la sensation d'avoir un poids dans le ventre.

Ex. Abdomen augmenté de volume, donnant l'impression d'une grossesse de 6 mois. A la palpation on sent une tumeur médiane dure, irrégulière, bosselée, remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et se continuant vers le bas par un sillon avec une tumeur plus molle, irrégulière, s'étendant jusque dans la fosse iliaque droite.

Ex. gyn. Col petit, très haut derrière la symphyse. Le Douglas est rempli par une tumeur très dure, grosse comme une tête de nouveau-né, très peu mobilisable. La grande tumeur abdominale décrite plus haut imprime quand on la change de place, de légers mouvements à la tumeur du Douglas. L'utérus est légèrement mobilisable de haut en bas sur cette tumeur.

13.12.28. op. (Prof, Reeb) Laparotomie, A l'ouverture du péritoine on trouve un gros fibrome dont une partie comble le petit bassin en ayant fait avancer l'utérus en avant, et dont l'autre partie se trouve au-dessus de l'utérus, s'implantant par un pédicule assez réduit sur le fond de l'utérus. Gros fibrome bilobé, sous-séreux, bosselé. Ablation.

Sur la corne droite se trouve un fibrome intra-mural, gros comme une grosse châtaigne; on en fait l'énucléation. Sur la paroi postérieure de l'utérus, à peu près au milieu et un peu à gauche, se trouve un autre fibrome intra-mural qui est également énucléé. L'ovaire droit présente un gros kyste hémorragique qui se rompt et est également extirpé. Comme l'utérus semble continuer une grossesse de 2 mois, on fait soigneusement la suture des parois ouvertes par l'énucléation des fibromes. On péritonise à l'aide de la trompe droite, préalablement sectionnée au niveau de sa sortie de l'utérus, et à l'aide d'une partie d'épiploon, également préalablement sectionnée. Comme dans le Douglas il y a un peu de suintement sanguin en nappe, on y place une mèche imbibée d'huile camphrée. On descend l'épiploon et l'attache au niveau des cornes utérines. Fermeture de la paroi plan par plan.

Les jours qui suivent la malade a des symptômes de péritonite. En même temps dyspnée très marquée: Asystolie avec anurie et urémie consécutive. Exitus 4 jours après l'opération.

A côté de ces troubles de compression, les déplacements brusques de la tumeur peuvent donner lieu à des phénomènes péritonéaux, comme le montre l'observation N° 39, que nous citerons plus loin.

b) *Indications opératoires provenant de la dégénérescence des fibromes.*

Comme nous l'avons déjà dit, la dégénérescence maligne des fibromes est exceptionnelle. Par contre on ren-

contre fréquemment une dégénérescence un peu spéciale, appelée communément «nécrose aseptique» ou «nécrobiose» des noyaux fibreux. *Brindeau* et *Leroux* pensent que c'est une des principales complications des fibromes gravidiques. Elle peut être la conséquence d'une torsion du pédicule d'une tumeur fibreuse, d'une embolie des vaisseaux qui nourrissent le fibrome, ou plus rarement d'une torsion de l'utérus lui-même sur son axe.

La caractéristique de cette nécrobiose qui, tant que dure la grossesse, est libre de germes infectieux, c'est de s'accompagner de crises douloureuses, parfois violentes et de phénomènes péritonéaux, probablement d'origine chimico-toxique. En même temps, comme *Begouin* l'a bien fait remarquer, la tumeur devient sensible à la pression, augmente de volume, se ramollit et semble s'immobiliser.

Il est évident que la plupart du temps le diagnostic de la nécrobiose ne pourra être fait qu'une fois le ventre ouvert, mais en face du tableau clinique souvent alarmant provoqué par cette nécrose aseptique, l'intervention sera toujours indiquée.

Une autre indication opératoire très rare peut être fournie par les fibromes à marche galoppante. Dans ces cas le développement de la masse morbide est tel, que les phénomènes de compression et de dénutrition qui en résultent, entraînent la mort de la malade. Ce sont les fibro-myomes dont à parlé *Pozzi* (*Labey*).

c) *Indications opératoires par suite de Dystocie.*

Comme l'a dit récemment M. le Professeur *Reeb* à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg, le fait que le fibrome bloque la filière pelvienne,

n'est pas une indication pour intervenir pendant la grossesse ; car il est possible que dans les dernières semaines de la gestation le fibrome fasse son ascension ; et si la filière reste bloquée, nous sommes bien armés de nos jours pour intervenir à terme par la voie haute en faisant d'abord une césarienne, qui nous permettra d'obtenir un enfant vivant, puis une myomectomie ou une hystérectomie subtotale.

Voici une observation qui a été publiée par M. le Professeur *Reeb*, et qui illustre très bien ce que nous venons de dire :

Observation No 29. — Mme X... Nullipare de 42 ans, mariée depuis 8 ans, règles toujours régulières. Un spécialiste consulté deux ans auparavant, avait constaté la présence de deux fibromes et avait conseillé l'opération qui fut refusée. Dernières règles au début de janvier 1929. Fin mars, consultation chez le même spécialiste qui constate que les deux fibromes ont grandi. Diagnostic de grossesse concomitante douteux. 6 semaines après mi-mai, fortes douleurs dans l'abdomen. Son médecin admet maintenant la possibilité d'une grossesse et la presse de se faire opérer; il ne croit pas que la gestation puisse évoluer à cause du volume du fibrome qui, du reste, bloque la filière et rendra impossible un accouchement par les voies naturelles. La femme vient à la consultation du professeur REEB qui constate au palper une grande tumeur remplissant tout l'abdomen et remontant jusqu'au rebord costal. A gauche le pôle supérieur est formée par une tumeur très dure, très peu mobile, grande comme deux poings et excessivement douloureuse. A droite la tumeur est plus molle et il semble qu'on peut sentir le ballottement d'une tête de foetus dans la profondeur. L'hypogastre gauche est rempli par une autre tumeur, très dure aussi. Diagnostic: fibrome intra-ligamentaire à gauche, grand comme une tête d'adulte, une grossesse de 6 à 7 mois, le foetus en présentation du siège, un second fibrome sous-séreux largement implanté en haut et à gauche. Vu l'absence de complications sérieuses, M. le Professeur REEB conseille l'expectative. La malade restant hésitante, une radio fut faite qui montra le foetus en siège. A la vue de son enfant «en os» l'instinct maternel se réveilla chez la femme et elle se déclara prête à patienter.

Evolution normale de la grossesse. On fait venir la femme à la clinique 18 jours avant le terme. Le fibrome intra-ligamntaire remplissait toujours le bassin. 8 jours avant terme, on pratique une césarienne corporéale, extraction d'un enfant bien vivant pesant 3.250 gr. et mesurant 50cm. Amputation sub-totale haute. Suites opératoires bonnes.

Dans certains cas on peut prévoir, d'après les symptômes cliniques, si l'ascension se fera ou ne se fera pas. Ainsi, on ne pourra pas escompter une ascension, ou un accouchement spontané, pour un fibrome de la paroi postérieure, siègeant dans le Douglas, alors que des tumeurs de la partie antérieure ou latérale, du segment inférieur ont beaucoup plus de chances de s'élever, même quant elles sont volumineuses.

Sûrs de leur expérience, certains chirurgiens qui ont vu que très souvent ce n'est qu'au début du travail que les tumeurs fibreuses font leur ascension ou s'aplatissent, conseillent de tenter toujours l'épreuve du travail. *Begouin* recommande cette façon de faire, surtout pour les femmes qui n'ont pas encore d'enfant. Cependant, il nous semble préférable d'intervenir avant l'épreuve du travail, dans les cas où une complication par suite du fibrome est nettement à craindre. Le pronostic pour l'enfant est tout aussi bon, sinon meilleur, un travail un peu long pouvant gravement compromettre la vie de celui-ci.

D'autre part le danger de la procidence du cordon, toujours à craindre dans ces cas, est ainsi écarté, et la filière pelvienne est plus aseptique que pendant le travail. Et même si l'accouchement spontané aurait exceptionnellement pu se faire, l'opération n'aura pas été inutile, puisqu'elle nous aura permis d'enlever le fibrome, et de ne pas laisser persister avec le risque de se sphacéler pendant les suites de couches.

d) *Indications opératoires par suite d'hémorragies.*

Les hémorragies graves sont rares; en dehors des cas de fibromes avec grossesse extra-utérine, avec placenta prævia avec fausse couche. Cependant ces complications sont très souvent déterminées par la présence du fibrome, qui déforme la cavité utérine, et prédispose à la nidation pathologique. Ainsi *Trœll* a pu réunir 61 cas de grossesse tubaire combinée avec des fibromes. Dans 20 observations sur 49 la partie interstitielle ou l'orifice utérin de la trompe gravide, était comprimé par un fibrome de la corne utérine, et dans 6 autres observations il s'agissait de grands fibromes du fond, qui comprimaient les deux orifices utérins des trompes.

La nidation pathologique peut aussi être basse et donner lieu au placenta praevia. *Trœll* cite 60 cas, où il a trouvé le placenta praevia associé à la présence du fibrome.

Le fibrome par suite des altérations de la muqueuse utérine, ou des troubles de la circulation dans les parois utérines et dans la sérotine qu'il provoque, peut encore donner lieu à l'avortement, soit par suite de défaut de nutrition de l'œuf, soit par suite de décollement partiel du placenta.

La mort de l'œuf peut encore être provoquée d'une autre façon par le fibrome, soit que celui-ci empêche l'ascension normale de l'utérus gravide (fibromes intra-ligamentaires), soit que l'hypertrophie nécessaire du muscle utérin ne peut se faire. Cette dernière éventualité a bien été mise en lumière dans 2 observations que M. le Professeur *Reeb* cite dans son travail «fibromes et gestation».

Observation No 30. — Mme L... 32 ans, III - pare; accouchement normal avec jumeaux en 1909, fausse couche de 3 mois en 1914. Drnières règles le 2 juillet 1920. Croit être enceinte. Le 9 septembre 1920 elle est prise de douleurs et expulse quelques heures après, avec une légère hémorragie, un petit foetus et quelques débris placentaires; la sage-femme la fait admettre à l'hôpital pensant que l'avortement était incomplet. Status le 10 septembre 1920: Température 369,9. Pouls 88. A deux travers de doigt de l'ombilic on perçoit une tumeur dure et noduleuse, absolument indolore, qui descend jusque dans le petit bassin. Au toucher: l'orifice externe est ouvert, perméable pour un doigt. Le Douglas et les culs-de-sac latéraux sont abaissés par des nodules durs qui font corps avec la tumeur constatée par le palper. Diagnostic: rétention partielle du placenta dans une matrice fibromateuse. La malade ne se doutait pas de la présence d'une tumeur. L'utérus est vidé de son contenu par curage suivi d'un curettage très doux. Suites normales. La malade quitte le servic le 15ème jour en bonne santé. La tumeur n'a presqe pas diminué de volume.

Observation No 31. — Melle K.. 34 ans, mullipare, règles régulières. Vient consulter le 1er juin 1916 parce qu'elle croit être enceinte et parce qu'elle saigne légèrement.

On constate au palper, dans le côté gauche de l'abdomen, une grande tumeur dure remontant à trois travers de doigt pardessus l'ombilic; du côté droit on sent une autre tumeur dure, plus petite et plus mobile. Au toucher: le col est fermé, la matrice elle-même ne peut être séparée des deux tumeurs constatées au palper; elle est encadrée des deux côtés par ces tumeurs mais on a la sensation nette qu'entre les deux tumeurs très dures, et à face moduleuse, il se trouve une partie lisse et plus molle qui doit être la matrice enceinte. La malade ne se doute pas de l'existence de ces tumeurs. Elle revient 6 jours après, saignant plus fort depuis la veille. Cette fois le col est ouvert, perméable pour un doigt. Le lendemain la malade expulse des débrits ovulaires. Un curettage est pratiqué. Suites normiales. La malade est revue à plusieurs reprises dans la suite, mais elle ne veut pas se faire opérer, ne ressentant aucun malaise de ces fibromes.

Une règle bien sage sera de n'intervenir, en cas d'hémorragie, que lorsque la vie de la femme sera en danger. Aussi longtemps qu'on le pourra, on s'abstiendra de

toute manœuvre, pour ne pas provoquer un avortement, ou pour ne pas être amené à terminer l'intervention par une hystérectomie.

Dans les cas où des avortements à répétition auront pu être mis sur le compte d'une fibromatose gênant le développement normal de l'utérus, on sera autorisé à intervenir.

Le procédé de choix sera la myomectomie, lorsque la tumeur est facilement accessible.

2) *Indications de la Myomectomie.*

Comme l'a dit *Brindeau,* dans son rapport au dernier Congrès gynécologique de Bruxelles, il faut avouer que le plus souvent la véritable indication est celle de l'intervention chirurgicale, et que le choix entre la myomectomie et l'hystérectomie ne peut se faire qu'après l'ouverture de l'abdomen.

Certains faits qui aujourd'hui sont bien connus, nous permettront cependant de poser plus souvent que cela n'a été fait jusqu'à présent l'indication de la myomectomie et de la préférer à l'hystérectomie.

Tout en s'hypertrophiant, par suite de la grossesse, les fibromes se ramollissent. Ce ramollissement commence par la capsule du fibrome qui s'imbibe progressivement, ce qui facilite souvent énormément l'énucléation, le plan de clivage étant plus facile à trouver.

Comme nous pouvons le voir plus loin, la myomectomie pratiquée pendant la grossesse n'est en général pas plus grave que la myomectomie pratiquée en dehors de la grossesse. Le tout c'est d'employer une bonne technique avec une hémostase parfaite. On a fait à l'énucléation le reproche de laisser dans l'utérus des foyers

de fibromes pouvant donner lieu à des récidives, soit au cours de la grossesse même, soit plus tard.

Celles-ci ne sont pas à nier, cependant elles surviennent en général très tard, au bout de 10 ans au plus, ce qui permet à la femme encore jeune de jouir d'une vie génitale normale pendant ce laps de temps. D'autre part, on voit fréquemment les tumeurs persistantes dans l'utérus, après l'énucléation de l'une ou de plusieurs d'elles, s'atrophier, quelquefois jusqu'à disparition complète, pendant les suites de couches,

Comme pour la myomectomie faite en dehors de la grossesse, il faut choisir les cas en se basant essentiellement sur les garanties d'asepsie qu'offre l'opération et sur les conditions anatomiques, dans lesquelles se présente là ou les tumeurs. Lorsque celles-ci seront défavorables à la myomectomie, où donnerait lieu à des difficultés pendant l'énuclation, on aura recours à l'hystérectomie soit d'emblée, soit pour terminer l'opération conservatrice déjà commencée.

Le souci de conserver à la femme encore jeune la fonction de la menstruation poussé certains auteurs à faire dans certains cas, ou l'énucléation est contre-indiquée par suite des conditions anatomiques défavorables, la résection de la partie fibromateuse de l'utérus gravide. Nous avons l'avantage de pouvoir rapporter une observation très intéressante, où cette résection fut pratiquée avec succès par M. le Professeur *Reeb* sur une matrice fibromateuse puerpérale. Comme nous le verrons, les suites ont été bonnes et le but fut atteint, puisque la menstruation a été conservée.

Observation No 32. — MmeX... I - pare, 33 ans, mariée depuis 6 ans. Est déjà venue consulter il y a deux ans et on avait

alors constaté un gros utérus fibromateux avec un gros fibrome se trouvant à droite, un second plus petit au-dessus du pôle et un 3ème à gauche. Revient consulter en février 1923, parce qu'elle pense être enceinte. Le diagnostic de grossesse co-existente et d'un gros utérus fibromateux a pu être posé non sans beaucoup de difficultés. La grossesse évolue normalement. Au 7ème mois, le fond de l'utérus touche déjà le rebord costal; l'abdomen est énorme. Le fibrome de droite n'a pas bougé de place et bloque en partie l'entrée du petit bassin. Le fibrome qui se trouvait primitivement au-dessus du col est à la hauteur de l'ombilic. Le fibrome de gauche est maintenant très haut, à gauche sur le fond. La malade désire à tout prix un enfant vivant et tient également à être débarrassée de ses fibromes. On lui propose une section césarienne tout près du terme, puis l'énucléation des fibromes, et si celle-ci n'est pas pratiquable, une hysterectomie sub-totale. La femme est opérée le 9 septembre (1e terme étant vers le 15 septembre).

Laparotomie: incision médiane, extériorisation de la matrice. Injection de pituitrine dans le corps. Les fibromes se présentent, comme il a été dit plus haut, ils sont interstitiels, mais entre les trois fibromes on voit encore un grand nombre d'autres fibromes plus petits. Incision de la paroi antérieure de l'utérus, extraction de l'enfant. Voyant le grand nombre de fibromes dont la plupart sont interstitiels, le projet d'énucléation est abandonné. En considérant attentivement la matrice on constate que la partie gauche, inférieure ne contient: qu'un seul petit fibrome presque sous-séreux facilement énucléable, de sorte que cette partie de l'utérus en rapport avec le col peut être conservée après l'énucléation du fibrome. Au lieu de faire une hyterectomie sub-totale on se décide à reséquer la matrice suivant une ligne oblique qui, partant à droite près du col, immédiatement au-dessous du gros fibrome, aboutit à gauche à peu près à trois travers de doigt de l'insertion du ligament rond.

Avant de faire cette résection on incise le péritoine du cul-de-sac antérieur, on pince les deux utérines, la spermatique gauche, le ligament large droit, et la trompe droite, en conservant l'ovaire droit. Puis la résection est faite suivant la ligne oblique décrite plus haut. L'hémorragie des tranches utérines est assez forte. Suture du moignon au catgut en deux étages. Celui-ci contient une cavité utérine assez appréciable recouverte de muqueuses utérine. Le péritoine vésico-utérin est attiré pardessus la ligne de suture et fixé sur la paroi postérieure du

moignon; la péritonéalisation est parfaite. Toilette de la cavité, suture de l'abdomen.

L'enfant vit et est bien développé. Les suites opératoires sont bonnes. La femme qui n'a pu nourrir, à eu ses règles à la fin d'octobre pendant 2 jours et le 23 novembre pendant 3 jours. La fonction de la menstruation est donc suffisante.

Contre-indications de la myomectomie.

Les cas, où d'emblée, on se verra obligé de renoncer à l'opération conservatrice pendant la grossesse, sont relativement rares. Certains facteurs anatomiques que nous venons de mentionner plus haut nous feront cependant choisir l'hystérectomie.

1) *Multiplicité des fibromees.*

Lorsque les fibromes sont multiples et difficilement énucléables en partant d'une seule incision, lorsqu'il y a «fibromatose utérine», la myomectomie ne pourra être tentée avec succès.

Lorsqu'on sera par contre en présence de plusieurs noyaux isolés, et qu'on aura pu reconnaître un seul noyau comme point de départ des accidents qui auront fait poser l'indication opératoire, on pourra se borner à enlever cette tumeur seule, en laissant les autres dans l'utérus pour ne pas trop déchiqueter celui-ci en les énucléant toutes. Dans bien des cas on pourra voir ainsi la grossesse évoluer normalement, et les fibromes laissés dans l'utérus s'atrophier après l'accouchement.

2) *Myome enclavé dans le Douglas.*

Lorsque la tumeur fibreuse est enclavée dans le Douglas la myomectomie est impossible, à moins de désenclaver la tumeur par des manœuvres digitales, ce qui est souvent très difficile.

3) *Siège de la tumeur par rapport à la cavité utérine.*

La crainte d'ouvrir la cavité utérine a fait renoncer certains chirurgiens à l'opération conservatrice pour tous les fibromes situés près de la cavité. Cependant, il ne faut pas aller trop loin dans cette appréhension. On a vu dans beaucoup de cas, où la cavité utérine a accidentellement été ouverte au cours de l'intervention, la grossesse a continué à évoluer normalement. Ainsi *Roulland* cite un cas, où, au cours de la suture utérine, la poche des eaux a été transfixée et a donné lieu à un écoulement de liquide amniotique par le drain posé dans l'abdomen, encore 24 heures après l'opération, et où la grossesse a évolué normalement. *Schockaert* rapporte un cas, où l'œuf fut mis à nu sur une largeur d'une pièce de 5 francs, et *Gaudier* même, en pratiquant une ouverture large de la cavité utérine, a pu apercevoir une partie fœtale. Et dans tous ces cas la grossesse a continué à évoluer dans des conditions normales.

L'observation suivante où la cavité de l'utérus gravide a été ouverte sans précautions, puisqu'on ne soupçonnait pas la grossesse, est encore très démonstrative à ce point de vue.

Observation No 33. — Mme Sch... 35 ans, nullipare, mariée depuis 1 an. Vient consulter le 20 mars, parce qu'elle n'est pas encore enceinte; règles tous les 24 jours, pertes assez fortes; dernières règles du 1er — 4 mars 1920; cohabitations répétées après ces règles. On trouve à l'examen un col normal, orifice fermé, une matrice assez grande en antéflexion, portant sur sa corne droite une tumeur ronde et dure de la grosseur d'un oeuf de pigeon. On propose à la femme d'enlever cette tumeur qui est peut-être un obstacle à la fécondation. Laparotomie 22 mars 1920: la matrice est plutôt grande, la tumeur diagnostiquée est un fibrome de la corne droite; les ovaires sont infantiles, longs et étroits. On détache la trompe droite, le ligament rond et le ligament de l'ovaire, puis on énuclée la tumeur. La cavité utérine est ouverte à ce moment; on la suture, puis on reconstitue le

muscle utérin, on recoud le ligament rond et le ligament de l'ovaire à leur ancienne place. La trompe droite ne communique plus avec la cavité; on enfouit le moignon après l'avoir lié, et on recouvre la suture utérine avec le mésosalpinx pour la péritonéaliser. Suites normales. La malade quitte le service le 5 avril 1920, sans avoir eu ses règles durant son séjour à l'hôpital.

Elle revient le 20 octobre 1920 et dit n'avoir plus eu ses règles depuis le 1er mars; elle prétend avoir été enceinte déjà avant l'opération, n'ayant plus eu de rapports avec son mari après l'opération jusqu'au 15 mai; elle croit avoir perçu les mouvements foetaux le 16 juillet. On constate en effet une grossesse de 7 à 8 mois. (Matrice à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic). On engage la femme à venir accoucher à la Maternité; elle s'y présente le 5 décembre avec de légères douleurs et accouche le 6 décembre d'un enfant normal de 3.780 grammes et 50 centimètre; délivrance normale. La forme de l'utérus après la délivrance ne présente aucune particularité.

Il ne faut donc pas pécher par excès de prudence et rejeter l'opération conservatrice chaque fois que la situation de la tumeur pourra faire craindre l'ouverture de la cavité utérine.

Période à laquelle on doit faire la myomectomie

Nous avons vu que 2 cas peuvent se présenter, en ce qui concerne le moment de l'intervention. Ou bien la grossesse aura dépassé le 5e mois, et la conduite à tenir sera de temporiser si possible jusque vers le terme de la grossesse, pour obtenir par la section césarienne suivie de la myomectomie ou de l'hystérectomie un enfant vivant.

Ou bien la grossesse sera à son début et le moment de choix, pour faire l'énucléation du fibrome, — toujours lorsqu'il y a une indication spéciale du côté de la mère —, sera le 2e ou le 3e mois. «A cette époque les accidents, lorsqu'ils existent, commencent et sont peu

marqués, l'état général de la femme n'est pas profondément altéré; l'opération est plus simple; plus rapidement menée, l'avortement moins à redouter.» (*Fontaine*).

RESULTATS.

Nous avons vu les résultats que donne la myomectomie pratiquée en dehors de la grossesse. Comme là, les résultats de l'opération conservatrice pratiquée pendant la grossesse, se sont beaucoup améliorés dans les 20 dernières années, tant au point de vue maternel, qu'au point de vue fœtal.

1) *Mortalité :*

Brindeau dans son référendum à propos du dernier Congrès Gynécologique de Bruxelles, rapporte 134 cas de myomectomie pendant la grossesse, avec 6 morts, soit une mortalité de 4,3%. En réunissant les statistiques de *Brindeau* et *Trent* (1881 à 1904) *Heineck* (1920), *Cotte* et *Creyssel* (1905 è 1922), *Labey* en 1924 trouve sur un total de 357 cas une mortalité de 4,2%. *Keller* et *Bohler* sont arrivés à réunir 431 myomectomies rapportées dans la littérature et trouvent une mortalité maternelle de 2,5%. Celle-ci est donc sensiblement égale à la mortalité de la myomectomie en général.

2) *Continuation de la grossesse :*

Si nous nous rapportons encore aux chiffres publiés par *Keller* et *Bohler* nous trouvons que sur les 431 cas réunis par eux dans la littérature, la grossesse continue dans 80,3% de cas, sans qu'on puisse toutefois admettre que dans tous ces 80% de cas la grossesse ait atteint le terme.

En effet des avortements pourraient encore se produire 30 jours, ou plus, après l'opération. Nous pouvons

donc admettre que la mortalité fœtale par avortement est aux environs de 20%. Ce dernier fait devra une fois de plus nous déterminer à ne faire la myomectomie qu'en face d'accidents ou de complications déjà existantes et non seulement possibles.

Quant à l'accouchement lui-même après une myomectomie, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, il ne présente pas de particularités, à part l'indication plus fréquente de faire une application de forceps par suite de lenteur du travail et par crainte de rupture utérine.

B. — *La myomectomie pendant le travail.*

Si nous recherchons dans la littérature la fréquence de la myomectomie pratiquée pendant le travail, nous pouvons constater qu'elle est relativement petite par rapport au grand nombre d'énucléations faites pendant la grossesse.

Brindeau a trouvé sur 127 myomectomies pendant la grossesse seulement 25 pendant le travail. Cela tient à ce que les indications de l'opération pendant l'accouchement même sont très restreintes. D'autre part les difficultés techniques plus grandes et la plus grande gravité de l'opération conservatrice, à cause de l'infection, font que celle-ci soit abandonnée dans la majorité des cas où l'intervention est nécessaire, au profit de l'hystérectomie.

1) *Indications opératoires générales.*

L'obstruction de la filière pelvienne par un fibrome praevia pendant le travail pose nettement l'indication d'intervenir. Au contraire de ce que nous avons vu pendant la grossesse où on peut toujours escompter l'ascension ou l'aplatissement de la tumeur praevia dans les

quelques jours qui précèdent l'accouchement, une telle tumeur dystocique, siègeant sur le segment inférieur, et existant encore au moment même du travail, ne se déplacera en général plus.

Force sera donc de terminer l'accouchement par une intervention chirurgicale, et ceci immédiatement et sans s'attarder à des opérations obstétricales qui provoquent la rupture de la poche des eaux et risquent d'infecter la filière.

D'autre part, il faut agir vite, si on veut avoir un enfant vivant. Car d'habitude le travail est retardé, les contractions utérines sont irrégulières, et quelque fois on peut observer une tétanisation de l'utérus ; il en résultera la souffrance de l'enfant qui peut même succomber. En outre, on risque des accidents au cours de la délivrance. Le meilleur moment d'intervenir sera donc dans les toutes premières heures du travail. Comment procéder? La seule intervention qui permettra dans ces cas de terminer l'accouchement dans les meilleures conditions, ce sera l'intervention par voie haute. Et ce n'est qu'une fois le ventre ouvert qu'on pourra se décider en faveur de l'énucléation ou de l'opération radicale. Quelle que soit l'opération choisie, celle-ci sera toujours précédée d'une césarienne, de préférence césarienne basse, si les conditions anatomiques et le siège du fibrome le permettent. Seulement lorsqu'on aura extrait l'enfant de cette façon, on interviendra sur le myome, soit en l'énucléant, soit en l'enlevant avec l'utérus.

Il existe cependant quelques rares cas, où on sera autorisé à pratiquer, tout au début de l'accouchement, l'é-

nucléation vaginale d'un fibrome sous-muqueux chassé par la tête, en laissant ensuite l'accouchement se faire spontanément.

2) *Indications de la myomectomie pendant le travail.*

Le premier temps de l'intervention pour fibrome dystocique pendant le travail est la césarienne, La cavité utérine est ainsi grandement ouverte. On conçoit facilement que le danger d'infection du lit du fibrome sera considérablement augmenté, lorsque cette première intervention sera suivie par celle, encore plus longue et plus laborieuse, de l'énucléation.

Nous avons vu, à propos des risques de la myomectomie en général, que le suintement sanguin souvent inévitable après l'énucléation, ainsi que les cavité anfractueuses créées par celle-ci, où le sang peut se collecter, sont un terrain propice à l'infection. Si donc, par la césarienne, on est entré en contact avec les germes contenus dans les voies génitales et dans les lochies de la cavité utérine, ces germes peuvent facilement venir infecter les plaies de la myomectomie qui seront un milieu très favorable à leur développement. Comme l'a dit M. *Keller* au dernier Congrès gynécologique de Bruxelles, «il existe donc une différence entre l'utérus myomectomisé pendant la grossesse et celui qui l'est pendant le travail. Dans le premier cas l'utérus continuant sa grossesse ne renferme pas un contenu infecté ; dans l'autre l'infection de la cavité, des lochies, est de règle : le contact de ces germes avec les plaies de la myomectomie est un fait tout à fait naturel et inévitable».

On sera donc réservé quant à l'opération conservatrice pendant le travail. En dehors des cas où le myome est sous-séreux, unique, et facilement énucléable, où l'opération peut donc être faite avec rapidité et sans trop de dégâts, nous ne voyons pas d'indication pour la myomectomie pendant le travail.

C'est l'avis de la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, et qui préfèrent en général l'hystérectomie à la myomectomie dans ces cas.

Une catégorie de fibromes praevia pourtant ne devra jamais être traitée, au moment de l'accouchement, par énucléation abdominale, ce sont les cas relativement rares de gros fibromes d'une des 2 lèvres du museau de tanche. On se contente, dans ces cas, d'extraire l'enfant par la césarienne, et on fait revenir la femme quelques semaines plus tard. On fera alors l'énucléation du myome par voie vaginale. On évitera de cette façon à la femme encore jeune l'opération mutilatrice de l'hystérectomie.

Résultats de la Myomectomie pendant le travail.

Dans les cas où les conditions anatomiques du fibrome permettent son énucléation sans créer des difficultés particulières, et sans prolonger de trop le temps de l'opération. l'énucléation faite avec une bonne technique donne de bons résultats.

Dans les Observations ci-dessous, où cette intervention a été faite pendant le travail par M. le professeur *Reeb,* nous pouvons constater les choses suivantes :

1°) Dans le premier cas où le fibrome, largement pédiculisé et ayant son point de départ dans la paroi postérieure inférieure du corps, a été relativement facile à énucléer, les suites ont été bonnes.

2°) Par contre, dans le deuxième cas, où les circonstances étaient particulièrement favorables (fibrome solitaire, poche des eaux ouverte seulement pendant la césarienne, enfant mort, chez une femme encore jeune), les suites ont été fébriles, malgré la stérilité reconnue de la cavité. Il s'est formé dans ce cas un hématome dans le Douglas, qui s'est infecté et qui a dû être évacué par colpotomie postérieure. Un drainage fait de prime abord par le Douglas aurait peut-être pu éviter cette complication.

Observation No 34. — Mme W... 34 ans, I - pare, règles toujours régulières; dernières règles le 1er juin 1919; grossesse complètement normale. Rupture de la poche après quelques douleurs le 5 mars 1920, entre à la Clinique le 12 mars 1920. Température 37°,2. Pouls 76, état général bon. Bassin normal. Présentation du siège, poche rompue, perte de meconium. Col d'une longueur de 2 centimètres, situé très haut derrière la symphyse, pas déformé. Orifice externe perméable pour le doigt; le siège est mobile au-dessus du détroit supérieur; enclavée dans le bassin, le remplissant complètement, une tumeur dure, bosselée. On essaie en anesthésie de la refouler; on n'y réussit pas. Diagnostic: fibrome obstruant la filière, pas mobilisable. Enfant vivant; présentation du siège. L'indication d'une intervention est classique; laparotomie; section césarienne, l'enfant en présentation du siège est extrait vivant; décollement du placenta, hémorragie moyenne; l'utérus contient une masse de petits fibromes; un fibrome de la grosseur d'un gros poing, bosselé et dur se trouve dans le Douglas, fixé par des brides à la paroi latérale droite du bassin; le pédicule très large du fibrome a son point de départ dans la paroi postérieure inférieure du corps. La paroi utérine est recousue et péritonéalisée. Puis les brides qui relient le fibrome à la partie latérale droite du bassin sont sectionnées; le pédicule du fibrome est pincé et lié, le fibrome extirpé; péritonélisation de la paroi postérieure, sutures de l'abdomen. Enfant de 3.725 gr. vivant. Suites opératoires normales, Quitte le service le 25.3.1920.

Observation No 35. — Mme B.. 36 ans, mariée depuis 1 an. Règles régulières et assez abondantes. La partiriante est amenée à la Maternité quelques heures après le début des douleurs; Poche des eaux non rompue, température 36°4. pouls 120. Forte

bronchite. Bassin légèrement et également rétréci. Fond de l'utérus au rebord costal gauche. La tête mobile au-dessus du détroit supérieur est fortement déjetée vers la droite formant dans la matrice une forte bosse: la paroi utérine est à cet endroit très amincie. Le siège est en haut, à gauche, l'axe de la matrice est très oblique, allant de gauche en haut, à droite en bas. Les bruits foetaux ne sont pas perçus mais la femme croit sentir des mouvements.

Toucher: le col est situé très haut à droite et en avant, l'orifice externe est perméable pour un doigt; le canal cervical mesure environ 3 à 4 cm. l'orifice interne est à peine perméable. L'excavation est vide, on n'atteint pas le promontoir, mais on arrive tout juste avec le doigt à une tumeur assez dure qui est au niveau du détroit supérieur et qui ne fait que bomber légèrement dans l'excavation. Cette tumeur n'est pas mobile, ne se laisse pas refouler vers le haut, et semble apartenir à la paroi gauche et postérieure du segment inférieur.

La matrice est en état de contraction permanente (tétanisation). On diagnostique un fibrome interstitiel situé assez haut dans le segment inférieur, empêchant l'engagement de la tête. Malgré injection de morphine et de spasmalgine la détente de de l'utérus ne se produit pas, et 6 heures après le premier toucher l'effacement du col n'a encore fait aucun progrès appréciable. Vu la persistance de la contraction permanente de l'utérus, vu le non-effacement du col et la non-ascension du fibrome qui par son siège forme un obstacle absolu à l'engagement de la tête et à l'accouchement d'un enfant même perforé, on propose la section césarienne qui est acceptée.

Op. en anesthésie générale: incision de la symphyse au nombril. Le segment intérieur n'est pas très développé. Incision transversale du péritoine qui est refoulé avec la vessie vers le bas. Incision longitudinale du segment inférieur qui est extrêmement aminci et prolongation de l'incision dans le corps (environ 5 cm.). La poche des eaux apparait, remplie et de liquide, contenant beaucoup de méconium: la poche est percée et l'enfant extrait par la tête. Il est mort. On prélève un frottis de la cavité utérine et du méconium. L'examen ultérieur bactériologique révèle la stérilité complète de la cavité et du méconium.

L'hémorragie est presque nulle, la matrice se contracte bien après l'extraction du placenta. On place deux pinces de Museux sur l'incision du segment inférieur et on explore la paroi postérieure de la matrice. La tumeur diagnostiquée apparait: il

s'agit d'un fibrome interstitiel du segment inférieur descendant jusqu'à 5 cm. de l'orifice externe et remontant jusqu'à 5 cm. au-dessous de l'insertion du ligament ovarique gauche. On incise le péritoine et la poche du fibrome qu'on énuclée facilement sans ouvrir la cavité utérine. Capitonnage de la poche. Surjet sur les tranches de la paroi utérine. Surjet péritonéal. L'hémorragie a été moyenne. Puis on suture l'incision de la section césarienne, on replace le péritoine de l'excavation utéro-vésicale sur l'incision, et on le fixe par un surjet tranversal. L'incision du segment et du corps est de la sorte entièrement recouverte de péritoine. On résèque enfin la trompe gauche qui est coudée par le surjet péritonéal de la paroi postérieure gauche. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Les suites opératoires furent normales pendant les premiers jours, à part une forte bronchite qui existait avant l'opération. A partir du 7ème jour fièvre vespérale jusqu'à 399 avec rémission le matin. Pouls 100 à 110. Douleurs dans le bas-ventre à gauche, pas de symptômes de péritonite, légère douleur pendant la défécation. Le 12ème jour on constate au toucher une exsudation molle et fluctuante dans le Douglas. Le lendemain on fait une colpotomie postérieure et on évacue une collection de pus très fétide. Drainage avec gros drain qu'on retire 8 jours après, l'écoulement purulent ayant très vite cessé. Rétablissement complet.

Pendant le travail il faut donc être très prudent et ne soumettre à l'énucléation que des cas exceptionnellement bénins, si on ne veut pas courir des risques trop grands pour la santé de la femme.

Technique de la myomectomie pendant la grossesse et le travail.

1) *Pendant la grossesse.*

La myomectomie pratiquée sur l'utérus gravide est-elle plus difficile que faite en dehors de la grossesse?

Nous pouvons répondre que dans les cas où l'intervention conservatrice est vraiment indiquée, où les conditions anatomiques requises pour cette opération sont réalisées, celle-ci n'offre pas plus de difficultés. La con-

sidération essentielle qui dirigera les manœuvres est évidemment la présence du produit de conception, qu'on s'efforcera d'épargner le plus possible. On aura soin de ne pas éveiller les contractions utérines, et dans ce but on prescrira la morphine à la dose de 1 centigr, toutes les 6 heures, un peu avant et pendant les 4 jours qui suivent l'opération.

Quant à la technique même, elle ne diffère pas beaucoup de celle que nous avons décrite pour la myomectomie pratiquée en dehors de la grossesse. L'anesthésie sera générale, au chloroforme ou à l'éther, la rachianesthésie favorisant la contracture utérine. Pendant l'opération il faudra faire attention à ne pas traumatiser les parties saines de l'utérus ou de tirer sur les ligaments. Comme le recommande *Brindeau,* on évitera aussi d'extérioriser la masse entière, en n'attirant que la tumeur seule dans la plaie.

Comme nous l'avons dit plus haut, il faut avoir soin de faire une hémostase correcte, en faisant un bon capitonnage avec des points en U. Si pendant l'opération on aperçoit la surface de l'œuf, on fera une suture en quelque plans ; si les membranes se rompent, on pourrait même terminer l'opération en laissant une mèche à la surface de la suture utérine.

La voie vaginale ne sera employée qu'exceptionnellement pendant la grossesse, pour des tumeurs implantées sur les lèvres du col et expulsées en grande partie dans le vagin, toujours à condition que le fibrome soit facilement abordable. Tous les autres cas seront justiciables de la voie abdominale.

2) *Pendant le travail.*

Nous avons déjà fait remarquer que la myomectomie, dans les rares cas où sa pratique est recommandable, sera toujours précédée de la section césarienne. Une fois que l'enfant sera extrait et que l'utérus sera vide, on se rendra compte, si l'énucléation est possible ou non.

Dans certains cas on est obligé de pratiquer l'énucléation en partant de la brèche utérine faite lors de la césarienne; dans d'autres cas, lorsque le fibrome siège assez loin de cette brèche, on pratiquera une nouvelle incision sur l'utérus. Et dans ce cas l'opérateur et l'assistant feront bien de changer de gants avant de pratiquer la deuxième opération. Pendant le travail on fera également bien d'envisager la question du drainage, soit vers la cavité, soit vers l'extérieur.

Si au cours de l'opération on rencontre des difficultés qu'on n'aura pas pu prévoir, ou si on est amené à faire des délabrements trop grands qui augmentent les risques de l'infection, il ne faudra pas hésiter à abandonner l'énucléation et à terminer par l'hystérectomie.

Comme pendant la grossesse, la myomectomie ne pourra que rarement être faite par voie vaginale. Nous devons cependant mentionner les cas, où il y a distocie par un fibrome du vagin, et où l'opération vaginale reprend tous ses droits, comme nous pouvons le voir dans l'observation suivante.

Observation No 36. — Mme I.. 7ème grossesse à terme. A l'arrivée de la malade à la Clinique on trouve une dilatation de la grandeur d'une paume de main, la tête fixée en O. I. G. A. Dans la partie moyenne du vagin, sur sa partie antérieure et à gauche on trouve un fibrome gros comme une mandarine rétrécissant la partie moyenne du vagin. La tête n'appuie pas encore sur la tumeur. Quoiqu'il s'agisse d'une multipare, on

craint des difficultés pour le passage de la tête, ainsi qu'une déchirure vaginale importante (vu l'état des tissus, la femme n'ayant plus eu d'accouchement depuis 10 ans). On se décide à énucléer le fibrome.

Op. (Prof. Reeb.) Anesth. gén, Incision du vagin au niveau de la tumeur. Enucléation du fibrome. Suture avec drainage. Forceps en O. I. G. A, Suites normales.

C. — *La myomectomie pendant les suites de couches, Indications.*

En même temps que se fait l'involution utérine, le fibrome régresse en général dans le post-partum. En dehors de complications on ne sera donc pas pressé d'intervenir. Ces complications peuvent être au nombre de 5.

1) *Hémorragies.*

Les complications qui peuvent nous amener à pratiquer une myomectomie dans le post-partum sont surtout représentées par les hémorragies.

Le retard de l'involution de l'utérus, provoqué par la présence d'un fibrome interstitiel ou sous-muqueux, peut donner lieu à des hémorragies répétées, comme nous le montre l'observation suivante, où les hémorragies ont duré pendant 27 jours, et ne se sont arrêtées qu'après énucléation du fibrome.

Observation No 37. — Mme N... 31 ans, I - pare; grossesse normale sans hémorragies aucunes, est à terme. Le médecin est appelé par la sage-femme à cause d'une présentation de l'épaule. Il constate un bassin normal, la tête à droite, le siège à gauche; le col n'est pas complètement effacé, la dilatation comme une paume de main; la poche est rompue, il sent l'épaule gauche et le dos en avant; pendant l'examen le cordon procide dans le vagin. Voulant pratiquer la version, le confrère introduit la main dans le col et constate maintenant une tumeur de consistance élastique, de la grosseur d'un poing, bombant for-

tement dans la cavité et s'insérant avec une large base dans la paroi postérieure supérieure gauche du segment inférieur, un peu au-dessus du détroit supérieur. La version podalique se fait aisément ,mais l'extraction est difficile et laborieuse; le dégagement du bras droit et de la tête faisant beaucoup de difficultés. L'enfant est en asphyxie blanche et ne peut être rappelé à la vie. Le décollement manuel du placenta est pratiqué à cause d'une forte hémorragie; il ne fait aucune difficulté. L'exploration de la cavité est faite ensuite, le confrère craignant une déchirure; il constate que le fibrome siège au-dessus de l'orifice interne, et qu'à son insertion supérieure il est détaché légèrement de la paroi utérine. Suites de couches afébriles. Malgré l'ergotine les lochies sont très hémorragiques; la femme continue à saigner assez abondamment pendant 3 semaines Elle nous est adressée à cette époque. L'état de nutrition est bon, mais la pâleur est très accentuée; température normale. On constate à l'examen un col assez court, perméable pour le doigt; vers la gauche et en arrière on sent dans la cavité utérine une tumeur molle faisant voussure; la matrice elle-même est encore grande.

On procède à l'opération vaginale vingt-sept jours après l'accouchement; incision médiane de la paroi antérieure du col après refoulement de la vessie, énucléation du fibrome qui siège à l'endroit diagnostiqué; forte hémorragie; les tissus sont très friables tamponnement de la matrice et réfection du col. Suites fébriles au début . Quitte guérie le 15ème jour. Le fibrome de la grosseur d'un oeuf de poule est mou et nécrosé presque entièrement.

Dans cette même observation nous voyons que le placenta a dû être extrait manuellement. L'adhérence pathologique du placenta se rencontrerait relativement souvent, dans les cas de fibromes compliquant la grossesse, et serait due aux altérations de la caduque produites par la présence du fibrome siègeant près ou dans la cavité (*Reeb*).

Lorsque, après expulsion du placenta, les hémorragies continuent, et qu'on a l'impression que la présence d'un fibrome sous-muqueux diagnostique pendant le décollement manuel, en est la cause, on fait bien de l'énu-

cléer séance tenante, l'accès de la cavité étant encore facile (*Reeb*).

2) *Fibrome en voie d'expulsion spontanée.*

Il se peut que l'hémorragie soit due à l'énucléation spontanée d'un fibrome sous-muqueux. L'involution du post-partum, les contractions dues à l'aillaitement, expulsent le fibrome vers la cavité, puis hors la cavité en faisant un nouvel effacement du col. Presque toujours des hémorragies se produisent, et à l'examen on trouvera un col plus ou moins effacé, un orifice dilaté, et une tumeur fibreuse en voie d'expulsion. Un bel exemple de ce cas nous est fourni par l'observation suivante, où nous remarquons également l'*ascension* d'un très grand fibrome praevia pendant les derniers jours de la grossesse et au cours de l'accouchement.

Observation No 38. — Primipare de 36 ans, vue à plusieurs reprises par un spécialiste qui avait diagnostiqué un grand fibrome praevia, et qui avait envisagé la probabilité d'une intervention au terme de la grossesse.

La femme vient à la consultation de la Maternité quelques jours avant le terme. On constate un utérus très grand, débordant des deux côtés le rebord costal. La circonférence de l'abdomen étant de 103 cm. Du côté gauche de la matrice on palpe une tumeur assez molle intimement accollée aux parties basses de l'utérus, faisant bomber tout l'hypogastre gauche et remontant un peu plus haut que l'ombilic; elle descend dans l'excavation; son pôle inférieur ne peut être atteint. La tête foetale est mobile, déjetée vers la droite. Au toucher: la partie vaginale du col est à droite de l'axe du bassin et mesure 1/2 cm. environ; l'orifice externe est à peine perméable. Le cul-de-sac vaginal gauche est fortement abaissé par la tumeur qui bombe dans le vagin et qui descend jusqu'à environ 1 cm. au-dessus de l'épine sciatique; il n'est pas possible de la déplacer vers le haut; ses dimensions semblent être de 16 cm. en hauteur, de 10 cm. en lar-

Tamponnement de la cavité cervicale, glace sur l'abdomen. Le poids total du fibrome qui est très mou et très oedématié, est de 1.700 grammes. Suites normales.

3) *Infection du fibrome.*

La suppuration ou la gangrène d'un fibrome, à la suite de son infection par un traumatisme subi pendant l'accouchement ou le décollement manuel du placenta siègeant sur le fibrome, constitue un grand danger d'infection puerpérale; l'énucléation du fibrome pourra alors être tentée dans certains cas, mais sera en général insuffisante pour conjurer le danger, et devra céder la place à l'hystérectomie qui sera autant que possible vaginale. Un exemple de ce cas, où la myomectomie a été faite dans les suites éloignées de couches, nous est fourni par l'observation N° 13, que nous avons citée plus haut.

4) *Adhérence du fibrome à la paroi, avec fixation haute de l'utérus.*

L'observation suivante, où le fibrome sous-séreux, largement implanté, adhère assez haut la paroi abdominale, et empêche ainsi la matrice d'occuper sa place normale, peut également nous amener à intervenir par énucléation par voie abdominale.

Observation No 39. — Mme F.. 32 ans, I - pare, mariée depuis 7 mois, règles régulières assez douloureuses, peu abondantes durant 3, 4 jours; dernières règles fin mai 1919. A senti les premiers mouvements de l'enfant vers le 15 octobre 1919. Est prise subitement le 31 octobre 1919, pendant un nettoyage, de fortes douleurs du côté droit du bas-ventre, avec vomissements; s'est trouvée mal à 2 reprises. Le médecin appelé d'urgence constate un ventre balloné, très sensible: défense musculaire surtout à droite; pouls très petit 130. Il sent à hauteur du nombril la

matrice enceinte et à droite de celle-ci une tumeur assez dure, très sensible. La malade est transférée à la Maternité le 3 novembre 1919; pouls: 112, température 37°,9. Urines normales, facies abdominal, langue sèche. Abdomen ballonné, douloureux au palper, surtout vers la droite; pas d'exsudation notable; tumeur assez molle remontant jusqu'au nombril, vers laquelle converge le ligament rond gauche et dans laquelle on perçoit nettement au toucher combiné une tête d'enfant; donc grossesse de 5—6 mois environ; du côté droit de la matrice enceinte se trouve une tumeur de la grosseur d'une tête de nouveau-né, assez dure, bosselée, oblongue, très sensible au palper; cette tumeur n'est pas eccessible par le vagin; elle siège à hauteur de l'épine iliaque droite supérieure, et est fortement accolée à la paroi droite de la matrice gravide. Le ligament rond droit n'est pas palpable. Le premier jour la malade n'a pas d'émission de gaz, mais ne vomit plus. Le 5 novembre, la malade a un facies meilleur, le pouls est à 88. Le ventre est moins ballonné, il y a émission de gaz pendant la nuit; plus de vomissements; la tumeur à droite est toujours très sensible. La malade a une selle après lavement de glycérine. Le 6 novembre au soir nouvelle attaque avec vomissements et arrêt passager des gaz; mais le lendemain matin la crise est passée, les gaz passent de nouveau. Le diagnostic hésite entre une tumeur solide de l'ovaire droit avec torsion du pédicule ou fibrome à pédicule tordu et grossesse de 5 à 6 mois. Vu les crises répétées de péritonite et l'incertitude du diagnostic on se décide à la laparotomie le 8 novembre 1919. Incision latérale droite sur la convexité de la tumeur; à l'ouverture de l'abdomen il s'écoule un peu de liquide clair; la tumeur est recouverte de péritoine: les vaisseaux de ce péritoine viscéral sont très injectés et dilatés comme du reste aussi ceux du péritoine pariétal par-dessus la tumeur; un léger dépôt de fibrine se trouve du côté de la fosse iliaque droite; pas d'adhérences; geur et 6 cm. en épaisseur. En imprimant fortement la tête foetale sur le détroit supérieur, on l'atteint tout juste dans le cul-de-sac vaginal droit. Six jours après cet examen, la femme entre au Service ayant de légères douleurs depuis la veille. A l'examen externe, on ne constate aucun changement, mais au toucher, on a nettement l'impression que la tumeur ne descend plus aussi bas qu'il y a 6 jours; la tête est toujours mobile mais plus accessible. Les contractions deviennent plus intenses, espacées de 4—5 minutes. 4 heures après, le col est complètement effacé, la dilatation est à deux francs, la poche des eaux vient de se rompre, la tête est à droite, au niveau du détroit supérieur; le fibrome est remonté, juste encore accessible au niveau du

détroit supérieur, à gauche. 3 heures après, la dilatation est de 5 francs; la tête fixée au niveau du détroit supérieur; on ne perçoit plus, dans le vagin, le pôle inférieur du fibrome; 3 heures après, la dilatation est de grande paume de main, la tête dans le détroit moyen. Le pôle inférieur du fibrome est maintenant nettement perceptible au-dessus du Poupart. 5 heures après, accouchement normal. Après l'expulsion du placenta le corps de l'utérus, bien contracté, reste élevé et refoulé vers la droite; le fibrome, qui a pris une forme plus arrondie, remplit l'hypogastre gauche et remonte à 2 doigts au-dessus de l'ombilic. Les suites de couches sont normales, l'involution utérine se fait normalement, mais le fibrome ne diminue guère de volume. Pendant la nuit du 9ème au 10ème jour l'accouchée ressent d'assez vives douleurs et perd plus de sang. Le lendemain on constate au toucher que l'orifice externe est dilaté à 5 francs, à bord minces; le col est effacé; on tombe sur le pôle inférieur du fibrome, qui est très mou et qui est donc maintenant intravervical. Les douleurs cessent, puis reprennent de temps en temps; la température s'élève pendant 2 jours à 38°,6, puis redevient normale; la femme perd à différentes reprises un peu plus de sang; bref, le 20ème jour après l'accouchement, on constate au toucher que le pôle inférieur du fibrome sort de la vulve, que tout le vagin est rempli par la tumeur que l'orifice externe, placé très haut, est complètement dilaté. On intervient à ce moment en parfaisant l'accouchement du fibrome; comme la consistance très molle de la tumeur interdisait l'emploi de tire-bouchons, on décolle et désenclave le fibrome avec la main introduite dans le vagin et le col, comme s'il s'agissait d'un décollement manuel d'un placenta. Révision de la cavité cervicale après introduction de grandes valves. On aperçoit bien le lieu d'insertion du fibrome dans les parties hautes du col — dans l'isthme — tout au voisinage de l'orifice interne, que l'on aperçoit à droite. la tumeur est un fibrome sous-séreux dur et bosselé, de la grandeur de la tête d'un nouveau-né, non pédiculé, 'insérant à large base sur le côté droit de la matrice, en dehors du ligament rond; la paroi utérine est très amincie à cet endroit; quelques autres petits fibromes interstitiels et sous-séreux sont disséminés sur le corps de la matrice. L'appendice est normal. On reconnait qu'il n'est pas possible d'enlever ce fibrome sans traumatiser fortement la paroi utérine et sans ouvrir la cavité, la paroi étant extrêmement mince. On referme donc l'abdomen. Suites opératoires normales. La malade quitte le service le 18ème jour. Sa grossesse évolue normalement, sans qu'aucune nouvelle attaque de péritonite ne se produise. Le fibrome ne grandit pas, ne se

déplace pas et ne suit plus l'ascension de la matrice; il semble adhérent à la cicatrice, reste sensible à la palpation. Le 26 février 1920, accouchement normal à terme, très laborieux, les douleurs faibles et très espacées; la durée de la période de dilatation est de 34 heures, d'expulsion de 5 heures; le placenta est expulsé spontanément après 45 minutes, pas d'hémorragies. Suites de couches afrébiles; la femme nourrit son enfant et quitte le service le 10ème jour. La matrice est encore mal involuée, le fibrome, de la grosseur de près de deux poings, est adhérent à la cicatrice.

Le 14 juin 1920 la femme entre de nouveau au service pour se faire opérer. Le fibrome est toujours adhérent à la paroi abdominale droite. N'est pas accessible au toucher, il est encore plus gros qu'un poing. La matrice est encore grande, très élevée, suspendue au fibrome adhérent. Laparotomie médiane, les adhérences du fibrome avec le péritoine pariétal sont sectionnés aux ciseaux et le fibrome est énucléé; il siège en partie dans la couche musculaire profonde, à droite de l'insertion du ligament rond, la cavité utérine n'est pas ouverte. On recouvre la suture utérine avec le ligament rond. Au centre du fibrome se trouve un noyau nécrosé, grisâtre, très mou.

Suites opératoires normales.

---

5) *Nécrose aseptique et dégénérescence maligne.*

Les cas de nécrose aseptique ou de dégénérescence kystique ou maligne de fibromes après l'accouchement sont assez rares, et nécessitent, lorsqu'ils se présentent, une intervention.

La myomectomie sera indiquée pour les fibromes en état de nécrose aseptique, alors que ceux qui sont en voie de dégénérescence maligne seront toujours justiciables de l'hystérectomie.

Nous venons de voir les indications de la myomectomie dans le post-partum. L'opération en elle-même ne présente pas de particularités, à part le fait que dans la majorité des cas elle peut être faite par voie vaginale, ce qui est un grand avantage, puisque le danger d'infection, particulièrement redoutable pendant les suites de couches, est ainsi considérablement diminué.

———«O»———

RESUME.

Pour résumer notre conduite à tenir, en cas de fibromes compliquant la grossesse, nous pouvons dire ceci :

1) Dans les cas de fibromes compliquant la grossesse on restera dans l'expectative et on n'interviendra qu'en cas d'accidents sérieux, menaçant la vie de la mère ;
2) On n'interviendra jamais pendant la grossesse, sous prétexte que la filière est bloquée par le fibrome et qu'un accouchement par les voies naturelles ne pourra se faire plus tard. Dans ces cas on n'interviendra qu'au moment de l'accouchement ou peu avant ;
3) Lorsqu'il y a indication d'intervenir pendant la grossesse, la myomectomie est l'opération de choix, puisqu'elle permet l'évolution normale de la grossesse dans 4/5 des cas.
4) C'est uniquement des contre-indications de la myomectomie que naissent les indications de l'hystérectomie ;

5) Lorsqu'on est amené à intervenir près du terme, l'opération qu'elle qu'elle soit doit être précédée de la césarienne ;

6) La myomectomie ne sera pratiquée qu'exceptionnellement pendant le travail, à cause du danger d'infection ;

7) La myomectomie vaginale ne sera indiquée que pour certains fibromes sous-muqueux donnant lieu à des complications pendant les suites de couches, ou dans les rares cas de tumeur siègeant sur l'une des lèvres du col et expulsée en grande partie dans le vagin.

CONCLUSIONS

La Myomectomie est une excellente opération, lorsqu'elle est faite avec de bonnes indications et dans des cas bien choisis.

Ses indications, bien que limitées, sont cependant assez nombreuses, pour qu'on fasse profiter les malades de ses avantages aussi souvent que possible.

Pratiquée en dehors de la grossesse, la Myomectomie conserve à la femme encore jeune la fonction de la menstruation et, dans au moins 10% des cas, celle de la reproduction.

Faite pendant la grossesse même, c'est l'opération idéale — lorsqu'il y a indication opératoire vraie — puisqu'elle permet dans 4/5 des cas l'évolution normale de la grossesse.

Une réserve doit être faite pour la période du travail. Le danger d'infection étant alors très grand, l'opération conservatrice ne devra être pratiquée que très rarement dans ces cas, et seulement avec un concours de circonstances favorables.

VU :
Le Président de thèse :
Reeb

VU :
Le Doyen de la Faculté :
Ancel

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg
Président du Conseil de l'Université
Chr. Pfister

BIBLIOGRAPHIE.

ACHARD P. — Des suites éloignées de la Myomectomie — Thèse de Lyon — 1922 —

ALBRECHT (Hans). — Die Myombehandlung in «Halbann und Seitz» : Die Biologie und Pathologie des Weibes» — B. 4

ASCHNER. — Die Ueberlegenheit der erweiterten Konservativen Myomoperation über die Radikaloperation und Röntgenkastration — Geburtshilfe und Gynakologie No 89.

ASCHNER. — Ueber schädliche Spätfolgen nach Uterusextirpation sowie operativer und radiotherapeutischer Kastration. Archiv f. Gyn. 1925 — No 124.

AUBERT M. L. — Discussion sur la Myomectomie — Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, octobre 1929 p. 251.

BAUDOT. —Thèse de Nancy — 1924 —

BECLERE (Claude) Discussion du VI[9] Congr. de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue française à Bruxelles. — Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, octobre 1929, p. 504,

BEGOUIN. — Précis de Path. chirg. t. IV -

BEGOUIN. — Discussion du VI[9] Congr. de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue franç. à Bruxelles — Bull. Soc. d'Obst, et de Gyn. de Paris, octobre 1929, p. 519.

BENOIT - GONIN. — Contribution à l'étude des grossesses après la myomectomie. Thèse de Lyon — 1913 —

BONIER. — De la Myomectomie dans le traitement des fibromes utérins. Thèse de Lyon — 1904.

BRINDEAU. — Rapport au VI[9] Congr. de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue franç. à Bruxelles — Bull. Soc, d'Obst, et de Gyn. de Paris, août 1929.

BRUSEZK. — Indications et résultats des Myomectomies pendant la gestation — Thèse de Paris — 1929.

CEMACH. — Ueber die Primär und Dauererfolge der op. Myombehandlung. Inaug. Diss. München 1911.
Obst. de langue franç. à Bruxelles — Bull. Soc. d'Obst, et de Gyn. Paris, octobre 1929, p. 503.

CUNEO. — Bull. et Mém. de la Soc. Nat, de Chir, tome LII

CHALIER A. — Diss. du VI[9] Congr. de l'Ass. des Gyn, et No 10, 1926, p. 298.

DEFOULOY. — Contrib. à l'étude de la Myomectomie abd. dans les fibromes gravidiques. — Thèse Paris 1925.

DOUAY. — Disc. du VI[9] Congr. de l'Ass. des Gyn, et Obst, de langue franç. à Bruxelles — Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris, octobre 1929, p. 499.

LUJARIER. — A propos de la Myomectomie — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 1928 No 14, p. 622,

ESSEN - MOELLER. — Ueber Konservative Myomoperation. Monatsch. f. Geb. u, Gyn, L, H l- Berlin.

FABRICIUS. — Ueber Myom. u. Graviditata, Wien. med, Woch. No 18 27 Apr. 1929 p. 575.

FAURE J. L. — Bull. et Mém. de la Soc, Nat, de Chir, 1928 No 12 p. 531.

FLESCH. — Myomektomie oder Radikalop. des myomatosen Uterus (München Med. Woch. 1925 — p. 1632).

FLEURENT. — Quelques cas de fibromes opérés pendant la grossesse — Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris, 1928 T. XVII, No 2.

FONTAINE. — De la Myomectomie pendant la Grossesse — Thèse de Paris 1914 —

FRUEHINSHOLTZ et HAMANT. — Myom. dans les cas de fibr. volumineux compliquant la grossesse. Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris 1928 — T. XVII, No 3.

FRUEHINSHOLTZ, G. MICHEL — Myomectomie et grossesse — et HAMANT
Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris 1924 — T, XIII No 7,

GOINARD (E). — Deux cas de Myomectomie vaginale — Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris 1928 — T. XVII No 4,

GOINARD (E. et P.) — Sur les Myomectomies — Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst. Juin 1928 —

GOUILLOUD. — Des Indications actuelles de la Myomectomie — Presse méd. No 16 — 25.2.22.

GOUILLOUD. — 15 cas de grossesse après Myomectomie abdominale — Gyn. et Obst. 1924 — T. IX — No 3,

GOUILLOUD. — Les indications de la Myomectomie, de l'hysterectomie et de la curiethérapie des Myomes — Rev. franç. de Gyn. et d'Obst. 1924 — No 24.

GOUILLOUD. — 18 cas de grossesse après la myomectomie abd. Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir, de Paris — T, LIV No 16,

GOUILLOUD. — Suggestions à propos de la Myomectomie. Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chr. de Paris — 1928 T, LIV No 17.

GOUILLOUD. — De la Myomectomie, ses indications et ses résultats. Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn, Paris octobre 1929 —

HEINECK (Chicago). — Fibr. de l'utérus compliquant la grossesse — Etude analytique de 380 observations — Rev. franç. de Gyn. et d'Obst. Novembre 1920.

KELLER. — Torsion d'un fibrome pédiculé sur un utérus fibromateux après Myomectomie. 20 ans avant iléus par coudure des anses intestinales accolées au fibrome. Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. — Paris 1923, T. XII No 2, 159,

KELLER. — Les dangers de la Myomectomie — Rev. fr. de Gyn. et d'Obst. Juin 1929.

KELLER. — A propos de la différence de l'indication pour la myomectomie pendant la grossesse et pendant le travail. Bull. de la Soc. d'Obsrt. et de Gyn. Octobre 1929 p, 520,

KELLER et BOHLER. — Etude statistique et comparative sur la Myomectomie. Rev. franç. de Gyn. et d'Obstr, Mars 1930 — p. 177.

KELLER T. (Krakau). — Uterusmyome bei Schwangeren — Wien. Med. Woch. 1924 — No 44,

LABEY. — Rapport au 339 Congr. franç. de Chir. Paris 1924,

LABEY. — A propos de la Myomectomie — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 1928 No 12 p. 530,

LECENE. — Hysterectomie fondique avec conservation partielle de l'ovaire. Bull. et Méd. de la Soc. Nat, de Chir, 1926, T. 52 No 10 p. 298.

LECENE et LERICHE. — Thérapeutique Chirurgicale, T. III.

LE FORT. — Myomectomie. Développement ultérieur de fibromes à allures graves. Bull. Soc. d'Obstr. et de Gyn, Paris 1924 — No 2.

LEFEBVRE. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la Myomectomie abdominale — Thèse de Paris 1922.

LEROUX. — De la nécrobiose des fibr. de l'utérus pendant la grossesse. Thèse de Paris — 1923.

LOUBAT. — 2 observations de fibromes en nécrobiose au cours de la grossesse — Myomectomie - Conservation de la Grossesse. Bull. Soc. d'Obstr. et de Gyn, Paris 1925 —

LUNDQUIST. — Operative und radiologische Behandlung des Uterusmyom. ActaGyn. scand. 1922 I, 3.

MASSON, James C. — Myomectomy, hysterectomy, and radiotherapy in fibromya of uterus. Jour. of the Americ. me l. Ass. Bd. 87, 1926 No 19.

MERIEL et BAILLAT. — Rapport au 6ème Congr. de l'Ass. des Gyn. et Obst. de Langue franc. à Bruxelles, Bull. Soc, d'Obst. et de Gyn. Paris, août 1929.

MICHOLITSCH Th. — Die Eröffn. der Uterushöhle bei Konservativen Bauchhöhlenoperationen — Zentralbl. f. Gyn. 1930 No 9.

MIKULIGZ - RADECKI. — Zur Diagnose der im cavum uteri gelegenen Tumoren mittels Hysteroskopie: Zentralbl. f. Gyn. 19. April 1930 No 16.

MIRCOUCHE. — Thèse de Paris, — 1925.

PACAUD G. — Des récidives après la Myomectomie abdominale Thèse de Lyon 1925.

PETIT M. — Dystocie par fibr. praevia. Bull. Soc, d'Obst, et Gyn. Paris 1927 T. XVI, No 2 p. 136.

PAMOS, PERALTA. — Césarienne basse et Myomectomie pour
RAMOS, PERALTA et Edgard NICHOLSON. — Bull. Soc. fibr. Bull. Soc. d'Obstr. et Gyn, Paris 1928 — T, XVII No 2.

d'Obstr. et de Gyn. Paris 1927 — T. XVI, No2.

PLACINTIANU Ch. — De la Myomectomie pendant la puerpéralité. Rev. franç. de Gyn. et d'Obst, Paris Septembre 1927,

RECASENS. — Myomectomie und Schwangersch. Berichte f. d, ges. Geb. und Gyn. Bd, X 1926.

RECASENS. — Annales de Médecine et de Chir. 1927 — 28 — T. I. No 1.

REEB. — Fibromes et gestation, Bull. Soc. d'Obstr. et Gyn, Paris 1921 — T. III, No2 — 3 — p. 129.

REEB. — La résection de la matrice fibromateuse puerpérale Bull. Soc. d'Obstr. et Gyn, Paris 1924 — T. XIII No3 p, 211,

REEB. — Grossesse et accouchement 4 ans après triple myomectomie abdom. Bull. Soc. d'Obstr. et Gyn, Paris 1925 — T. XIV — No 4 — p. 345.

REEB. — Dystocie provoquée par un fibr. interstitiel du segment inférieur; section césarienne basse; énucléation du fibrome, suites fébriles, guérison. Bull. Soc. d'Obstr. et Gyn. Paris 1927 — p. 411.

REEB. — A propos de deux observations de tumeurs praevia Bull. Soc. d'Obstr. et Gyn. Paris 1927 — T, XVI No 6, p, 422.

REEB. — A propos de l'énucléation des fibromes — Bull. Soc. d'Obstr. et Gyn. Paris 1927 — T. XVI No 7 p. 510,

REEB. — A propos du déplacement des fibromes au cours de la gestation — Bull. Soc. d'Obstr. et Gyn. Paris 1928 T, XVII No 2.

REEB. — Discussion au 6ème Congrès de l'Ass. des Gyn. et Obst. de Langue franç. à Bruxelles, Bull. Soc. d'Obst, et de Gyn. Paris, octobre 1929.

REEB. — Fibromes et grossesse — Bull. Soc. d'Obstr. et Gyn, Paris 1930 T. XIX No 1.

SCHAUTA. — Ueber moderne Myombehandlung, Wien, med. Woch. 1924 No 1.

SCHICKELE. — L'énucléation des Myomes est-elle à recommander ? Bull. Soc. d'Obstr. et Gyn, Paris 1924 No 1.

SCHMID H. H. — Ueber Kons. Myomoperation mit besonderer Rerücks. des. ovariellen Ursprungs der Myomblutungen — Ztschr. f. Geb. und Gyn, 1923, LXXXVI, H. 1, Stuttgart,

TIXIER. — Rapport au 33ème Congr. Franç. de Chir. 1924 — p. 296.

TUFFIER et MAUTE. — Les accidents de la ménopause artificielle — Presse med. 1912.

VANVERTS M. J. — Discussion du Congr. de l'Ass. des Gyn, et Obstr. de Langue franç. à Bruxelles — Bull. Soc, d'Obstr, et de Gyn. Paris octobre 1929 — p. 500.

WINTER. — Die wissenschaftl. Begründung der Indikationen zur Myomoperation. Ztschr. f. Geb. und Gyn, 1905 — LV,

ROULLAND H. — Enucléation de fibr. au cours de la grossesse, transfixion de la poche des eaux au cours de la sut. ut. — continuation de la grossesse. Bull. Soc. d'Obstr. et Gyn, Paris 1927 No 16, p. 194.